

Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri

Presidente:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Vogais:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Professora Doutora Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Maria Inês Marques Alves Paes de Faria

2020

Agradecimentos

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” - Antoine de Saint-Exupéry

Quero dar o meu primeiro agradecimento à minha família, aos meus pais em particular, os principais responsáveis pela mulher que me sinto hoje, por todas as portas que me abriram e caminhos que me ajudaram a percorrer.

De seguida, agradeço aos meus orientadores pelo apoio e segurança que sempre me deram. À Dr.^a Lúcia, que inquestionavelmente foi o melhor modelo de aprendizagem que podia ter tido, por se disponibilizar, sempre prontamente, a escutar-me e ajudar-me. Ao Professor Rui, que com sabedoria move e entusiasma os seus alunos no sentido da descoberta e da procura por (sempre) mais conhecimento.

À pessoa mais dedicada, determinada e imparável que conheço, a minha grande inspiração, e que tenho a sorte de ter como companheiro. João Ivo, espero que te possas orgulhar de mim, como eu me orgulho de ti.

Aos meus eternos amigos de faculdade, Catarina, Maria, Raquel, Fábio e Gonçalo, pela simplicidade com que fizeram destes anos os melhores anos da minha vida académica. À Maria, um obrigado especial pelos meses que passámos juntas a escrever os nossos relatórios, atrevo-me a dizer que sem ela este relatório não seria o mesmo.

Aos meus amigos mais antigos, os de sempre, obrigada por simplesmente estarem lá, aqui ou onde eu precisar, e por me perdoarem a ausência social dos últimos meses.

Aos meus colegas de estágio, na faculdade o Gonçalo e a Vera, e no Hospital a Mariana, por toda a partilha, interajuda e companheirismo que houve entre nós.

Não posso deixar de agradecer à incrível equipa do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital São Francisco Xavier que tão bem me integrou e tanto me ensinou, provando-me todos os dias que com afinho e união somos capazes de fazer a diferença e mudar vidas para melhor.

E claro, a todas as crianças que passaram por mim e às suas famílias, porque foi com elas que realmente me descobri enquanto terapeuta. Aprendi a lidar com o outro, a enfrentar desafios constantes e também a lidar com a responsabilidade de tocar e causar mudança na vida de outros. Mas, acima de tudo: aprendi o que a minha profissão tem de mais gratificante.

A todos aqueles que se cruzaram comigo neste caminho de autodescoberta, um grande Obrigado pelo vosso contributo! Este relatório é dedicado a todos vocês.

Resumo

Este relatório diz respeito à descrição de processos de intervenção terapêutica na área da psicomotricidade em contexto de pedopsiquiatria. Esta prática foi enquadrada no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital São Francisco Xavier, ao abrigo de um estágio de aprofundamento de competências profissionais facultado pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa e teve duração de nove meses.

A terapia psicomotora visa colmatar falhas do desenvolvimento nos domínios psicomotor, cognitivo e socio emocional através da mediação corporal, ambiente lúdico e articulação direta com famílias e escolas, bem como integrar equipas multidisciplinares. No contexto de estágio foram acompanhados 12 casos dos dois aos 11 anos de idade em contexto individual, cinco dos quais em co-terapia. Dos 12 casos apenas três não evoluíram por dificuldades pessoais, envolvimento e interpessoais de adesão à terapia. Os resultados mostraram-se maioritariamente positivos, revelando evoluções nas competências individuais das crianças e alcance dos objetivos terapêuticos.

Apesar de a intervenção psicomotora ser uma área implementada já há algum tempo, há ainda muito trabalho de investigação científica e de comprovação clínica dos métodos de intervenção, por fazer. Este relatório visa testemunhar a eficácia da intervenção psicomotora através da descrição experimental dos métodos.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil; Terapia Psicomotora; Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Hospital São Francisco Xavier

Abstract

This report concerns the description of psychomotor therapy intervention processes within the child mental health context. This practice took place at Hospital São Francisco Xavier's Child and Teen Psychiatric Service, in Lisbon, as part of an internship for the deepening of professional competencies awarded by *Faculdade de Motricidade Humana* from *Universidade de Lisboa*, which lasted for nine months.

Psychomotor intervention aims at filling development gaps concerning the psychomotor, cognitive, socio-emotional and psycho-affective domains through bodied mediation, ludic environments and direct articulation with families and schools, as well as integrating multidisciplinary teams.

Within this internship 12 cases were followed up at an individual context, five of which in co-therapy. Only three of these 12 cases did not evolve due to lack of engagement with the therapy or therapy incompatibility due to individual characteristics. Results were therefore mainly positive, showing developments within child's individual competences and successfully achieved therapeutic goals.

Despite psychomotor intervention having been implemented some time ago, there is still a lot of scientific research and clinic validation to do. This report seeks, in a non-empirical way, to prove the effectiveness of psychomotor intervention.

Keywords: Child Mental Health; Psychomotor Therapy; Child and Adolescent Psychiatry; Hospital São Francisco Xavier

Índice Geral

| | |
|--|------------|
| Agradecimentos..... | i |
| Resumo | ii |
| Abstract..... | iii |
| Índice Geral | iv |
| Índice de Figuras | vi |
| Introdução | 1 |
| I Enquadramento Teórico da Prática Profissional | 2 |
| I.1 Saúde Mental Infantil..... | 2 |
| I.1.1 Psicopatologia na infância..... | 3 |
| I.1.2 Enquadramento legal da saúde mental infantil em Portugal | 5 |
| I.1.3 Funcionamento dos serviços de pedopsiquiatria | 7 |
| I.1.3.1 Rede de cuidados..... | 8 |
| I.2 Avaliação e observação em saúde mental infantil | 11 |
| I.3 Psicomotricidade e saúde mental infantil..... | 13 |
| I.3.1 Pressupostos teóricos e desenvolvimentais | 15 |
| I.3.2 Especificidades metodológicas | 18 |
| I.3.2.1 Métodos de avaliação e observação..... | 18 |
| I.3.2.2 Características metodológicas dos planos de intervenção..... | 20 |
| II Enquadramento Institucional | 25 |
| II.1 O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) | 25 |
| II.1.1 O Serviço de Psiquiatria de Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital São Francisco Xavier..... | 25 |
| II.1.1.1 Intervenção Psicomotora no SPSMIA do HSF..... | 27 |
| II.1.1.2 Rede de Cuidados - intervenção com famílias e outros contextos | 30 |
| II.2 Perturbações e Problemáticas atendidas no contexto de estágio..... | 31 |
| II.2.1 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)..... | 31 |
| II.2.2 Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)..... | 33 |
| II.2.3 Perturbações Disruptivas do Controlo de Impulsos e da Conduta | 34 |
| II.2.4 Perturbação Depressiva | 34 |
| III Realização da Prática Profissional | 36 |
| III.1 Caracterização organizacional do estágio | 36 |
| III.1.1 Cronograma das atividades de estágio..... | 37 |
| III.1.2 Horário das atividades de estágio | 37 |
| III.2 Procedimentos Metodológicos | 38 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| III.2.1 | Avaliação e Observação | 38 |
| III.2.1.1 | Instrumentos utilizados | 38 |
| III.2.2 | Caracterização da Intervenção | 42 |
| III.3 | População Atendida | 43 |
| III.3.1 | Acompanhamentos em co-terapia | 44 |
| III.3.2 | Descrição de casos acompanhados autonomamente | 46 |
| III.3.3 | Síntese reflexiva dos casos acompanhados | 66 |
| III.4 | Análise de um Estudo de Caso | 67 |
| III.4.1 | Caracterização do caso | 68 |
| III.4.2 | Avaliação Inicial | 69 |
| III.4.3 | Projeto Terapêutico | 77 |
| III.4.3.1 | Objetivos Terapêuticos | 78 |
| III.4.3.2 | Atividades e Estratégias de Intervenção | 79 |
| III.4.4 | Evolução Terapêutica | 81 |
| III.4.5 | Avaliação final e comparação de resultados | 86 |
| III.4.6 | Considerações finais do estudo de caso | 89 |
| III.5 | Atividades Complementares de Formação | 90 |
| III.5.1 | Formação no âmbito do núcleo de estágio | 90 |
| III.5.2 | Formação no âmbito do SPSMIA | 92 |
| III.6 | Dificuldades e Limitações | 94 |
| | Conclusão | 95 |
| | Referências Bibliográficas | 98 |
| | Anexos | 107 |
| Anexo 1 | ..... | 107 |
| Anexo 2 | ..... | 107 |
| Anexo 3 | ..... | 107 |
| Anexo 4 | ..... | 107 |
| Anexo 5 | ..... | 107 |
| Anexo 6 | ..... | 108 |
| Anexo 7 | ..... | 108 |
| Anexo 8 | ..... | 108 |
| Anexo 9 | ..... | 117 |
| Anexo 10 | ..... | 125 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Cronograma das atividades de estágio | 37 |
| Tabela 2. Horário de estágio | 37 |
| Tabela 3. Caracterização da população atendida | 43 |
| Tabela 4. GOC avaliação inicial | 72 |
| Tabela 5. Perfil intra-individual | 75 |
| Tabela 6. Planificação cronológica da intervenção | 78 |
| Tabela 7. Objetivos terapêuticos no domínio socio emocional | 78 |
| Tabela 8. Objetivos terapêuticos no domínio cognitivo | 79 |
| Tabela 9. Objetivos terapêuticos no domínio psicomotor | 79 |
| Tabela 10. GOC avaliação final | 87 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Desenho da figura humana, feito por E | 71 |
| Figura 2. Perfil clínico inicial – autorrelato BASC | 72 |
| Figura 3. Perfil adaptativo inicial - autorrelato BASC | 72 |
| Figura 4. Perfil clínico inicial - pais BASC | 73 |
| Figura 5. Perfil adaptativo inicial - pais BASC | 73 |
| Figura 6. Perfil clínico inicial - professores BASC | 74 |
| Figura 7. Perfil adaptativo inicial - professores BASC | 74 |
| Figura 8. Perfil adaptativo inicial e final - autorrelato BASC | 87 |
| Figura 9. Perfil clínico inicial e final - autorrelato BASC | 87 |
| Figura 10. Perfil adaptativo inicial e final - pais BASC | 88 |
| Figura 11. Perfil clínico inicial e final - pais BASC | 88 |
| Figura 12. Perfil clínico inicial e final - professores BASC | 89 |
| Figura 13. Perfil adaptativo inicial e final - professores BASC | 89 |

Introdução

No âmbito da vertente de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa, foi realizado um estágio com a duração aproximada de um ano letivo (nove meses), através do qual se pretendeu alargar os conhecimentos e o desenvolvimento profissional em contexto prático sobre a intervenção psicomotora.

Os objetivos aprovados nas Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (NRM RP) da FMH preveem: a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científica e metodológica, promovendo competência reflexiva multidisciplinar; b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na implementação de novos conhecimentos e novas práticas e novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área [Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (NRM RP), 2018]. Durante a prática é esperado que os estagiários desenvolvam então competências de intervenção psicomotora, relação com outros profissionais e relação com a comunidade (NRM RP, 2018).

Este relatório conta com uma apresentação e caracterização do local de estágio, definição de saúde mental infantil e enquadramento legal da saúde mental infantil em Portugal, tal como o enquadramento da prática psicomotora neste âmbito. Passando a fase introdutória, farei descrição das patologias mais atendidas segundo o DSM-5 contextualizando com a prática realizada.

Após o enquadramento teórico, serão apresentados conteúdos relativos à prática de estágio, tais como o cronograma das atividades, apresentação da metodologia utilizada nas intervenções, breve caracterização e descrição dos casos acompanhados e observados e apresentação mais detalhada de um estudo de caso.

No decorrer do ano letivo foram ainda realizadas atividades complementares ao estágio como reuniões quinzenais de estágio, que envolveram apresentações de estudos de caso e temas específicos de saúde mental, bem como o desenvolvimento de trabalhos e projetos, envolvimento em congressos científicos e participação na comissão organizadora das II Jornadas Científicas de Psicomotricidade.

I Enquadramento Teórico da Prática Profissional

Neste capítulo consta a revisão bibliográfica das temáticas que caracterizam o estágio, como as considerações sobre a Saúde Mental Infantil em Portugal e a Psicomotricidade e intervenção psicomotora neste contexto.

I.1 Saúde Mental Infantil

O conceito de saúde mental abrange o bem-estar, a autonomia, a competência e a autoeficácia intelectual, emocional e social da pessoa [World Health Organization (WHO), 2001]. A abrangência do conceito faz com que universalmente seja difícil uma concetualização unanime e completa da saúde mental, ainda que seja concordante, entre vários países, que a saúde mental é interdependente da saúde física e social e corresponde a um estado de bem-estar geral, sendo muito mais que a ausência de doença ou perturbação mental (WHO, 2001; Alves e Rodrigues, 2010). Assim, entende-se que saúde mental corresponde a um estado de bem-estar, no qual o indivíduo é capaz de perceber e lidar com as suas capacidades e limitações, enfrentando situações de stress e frustração e consegue trabalhar de forma produtiva, contribuindo para a sua comunidade (WHO, 2013). Este estado pode ser afetado e alterar-se por fatores biológicos, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, conduzindo a estados de doença mental ou, em casos mais significativos, a perturbações crónicas (Alves e Rodrigues, 2010; WHO, 2013).

No caso dos problemas ligados à saúde mental infantil, estes caracterizam-se mais frequentemente por um conjunto de situações relacionadas com perturbações do neuro desenvolvimento, alterações do comportamento, ansiedade, regulação emocional e ainda a ocorrência do consumo de substâncias ilícitas, que são verificados nos diferentes contextos da criança (Marques, 2009).

Na atualidade, a saúde mental é vista segundo uma perspetiva biopsicossocial, que implica uma ponderação de aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais nos processos de avaliação, preventivos, reabilitativos e terapêuticos (Monteiro, 2014). Tem-se verificado uma preocupação crescente em adotar perspetivas multidimensionais e holísticas para a compreensão e atuação em saúde mental infantil, devido ao facto de a criança construir a sua personalidade e identidade em contexto social e cultural, estando por isso sujeita a múltiplas influências externas que moldam o seu desenvolvimento (Pinto de Freitas e Malpique, 2014). A visão sistémica atualmente adotada nasceu da abordagem ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996), e baseia-se na ideia de que determinado objeto de estudo contém várias dimensões e que as mesmas podem ser

estudas à luz de diversas ciências e conceptualizações (Goldschmidt, Costa, Teixeira e Rebordão, 2014). Esta perspetiva dá destaque às interações entre os vários elementos ou dimensões que atuam sobre determinado objeto/situação (Goldschmidt et al., 2014).

Resumidamente, o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano proposto por Brofenbrenner (1996), aborda o desenvolvimento numa perspetiva sistémica, considerando que o ser humano está em constantes interações com o envolvimento originando-se influências recíprocas entre ser humano e envolvimento. À luz deste modelo, o desenvolvimento ocorre de forma integrada entre um conjunto de sistemas interligados, dos quais decorrem mútuas influências entre sistemas e pessoa, i.e, a pessoa é influenciada pelos sistemas que a englobam e, concomitantemente, influencia e determina mudanças nos mesmos (Brofenbrenner, 1996; Goldschmidt et al., 2014).

Esta visão sistémica e holística da pessoa (que constitui uma das bases da psicomotricidade, como veremos neste relatório), olha a pessoa e o seu desenvolvimento segundo as influências biológicas, psicológicas, sociais e ambientais permitindo desta forma uma intervenção direta e/ou indireta com a globalidade de cada indivíduo, descentralizando o foco de apenas uma das partes constituintes da sua vida ou das características individuais da própria [Associação Portuguesa de Psicomotricidade, (APP), 2011]

A doença mental constitui ainda hoje um motivo de prejuízo social, uma vez que, mesmo apesar dos avanços científicos, programas da Organização Mundial de Saúde (OMS) campanhas de sensibilização, a saúde mental está longe de ser considerada ao mesmo nível da saúde física aos olhos da sociedade, sendo emergente a mudança de paradigmas a este nível (Coimbra de Matos, 2014; São João, Coelho, Ferreira, Castelo e Massano, 2017). Os avanços das neurociências têm contribuído para essa mudança, uma vez que comprovam que o funcionamento mental está subjacente a processos fisiológicos, colocando assim a saúde mental numa perspetiva mais próxima da saúde física (Lobo Antunes, 2018b).

I.1.1 Psicopatologia na infância

A infância é um período crítico de construção e de desenvolvimento ativo, no qual as influências biológicas e contextuais têm um grande impacto, ao ponto de “condicionarem” o percurso e os produtos do desenvolvimento, i.e., as competências e funcionalidades que a criança levará para a vida adulta (Coimbra de Matos, 1999; Maciel, Martins e Castro, 2013). O desenvolvimento infantil conhece-se por estádios/etapas, que de uma forma geral e normativa, indicam comportamentos e competências esperados para determinada fase

– os chamados marcos do desenvolvimento (Brazelton, 1998). A importância da normatização do desenvolvimento está em detetar quando alguma competência/comportamento surge “fora de tempo” ou desadequadamente, indicando interferência com o desenvolvimento positivo da criança (Brazelton, 1998). Em psiquiatria da infância e da adolescência/pedopsiquiatria dá-se destaque ao comportamento, verificando-se a existência de perturbação quando a criança ou adolescente apresenta comportamentos desadequados para a sua faixa etária e/ou grupo social (Lobo Antunes, 2018b).

As perturbações neuropsiquiátricas e pedopsiquiátricas, ainda que tenham manifestação comportamental estão dependentes da atuação de vários fatores genéticos, neurobiológicos, fisiológicos, sociais e envolvimentais, que se interrelacionam (Nascimento e Lobo Antunes, 2018). Por vezes pode existir predisposição hereditária ou genética para a manifestação de determinada perturbação, mas os fatores externos envolvimentais e sociais podem ser protetores e evitar essa ocorrência ou, por outro lado, podem despoletá-la ou intensificá-la (Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

Na infância dado que vários dos comportamentos (apontados como sintomas de psicopatologia) podem ser expectáveis em determinadas fases do desenvolvimento, o que determina o impacto patológico dos sintomas comportamentais são: as etapas de desenvolvimento em que ocorrem, a intensidade e gravidade com que ocorrem, a frequência e a duração, as circunstâncias em que se manifestam e o impacto que têm nas várias áreas de funcionamento e nos vários contextos de vida da criança (Brazelton e Sparrow, 2006. Marques e Cêpeda, 2009; Pinto de Freitas e Malpique, 2014).

Muitos autores têm sugerido a importância de analisar o comportamento e impacto do sintoma da criança, no sentido de se olhar o sintoma numa perspetiva alargada: deve-se compreender a origem do sintoma/comportamento olhando não só para a criança e para o sintoma enquanto manifestação de doença (modelo médico) ou para o envolvimento que possa estar a impedir a funcionalidade da criança (modelo social), mas para a integração e interação dinâmica de todos estes fatores (modelo biopsicossocial) compreendendo-se de certa forma aquilo que é sintoma de patologia ou aquilo que é manifestação de sofrimento e desorganização psíquica (Malpique e Pinto de Freitas 2014a; Monteiro, 2014; Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

Esta abordagem perante os sintomas e diagnósticos tem um enorme impacto na tomada de decisões para o plano terapêutico e intervenção (Malpique e Pinto de Freitas, 2014b). Note-se que as avaliações psiquiátricas são muitas vezes dificultadas pelo elevado teor de subjetividade a que estão sujeitas, servindo este facto para alertar para a

importância da investigação aprofundada das perturbações e da análise detalhada com recolha de informação diversificada acerca dos pacientes e seus contextos de vida (Marques e Cêpeda, 2009).

Note-se ainda que o diagnóstico e intervenção precoces na infância são de extrema importância, devido aos prejuízos que as perturbações pedopsiquiátricas podem causar no desenvolvimento – por vezes irreversíveis se não controladas – bem como a tendência para perpetuação de algumas destas perturbações para a fase adulta (Maia, 2011). Devido à continuidade da psicopatologia entre a infância e a fase adulta, impera a necessidade de intervenções no âmbito da saúde mental infantojuvenil, no sentido de atuar precocemente para tentar diminuir as consequências negativas da psicopatologia a longo prazo (Goldschmidt, Marques e Xavier, 2018).

I.1.2 Enquadramento legal da saúde mental infantil em Portugal

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM, (2017)], publicado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) o número de utentes com perturbação mental nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011 e Portugal é um dos países Europeus com maior taxa de problemas de saúde mental. A OMS estima que, mundialmente, os diagnósticos mais prevalentes de perturbação mental sejam os diagnósticos de Perturbação Depressiva (4,4% da população mundial) e Perturbação da Ansiedade (3,6%) (Carvalho, 2017). Os dados de Portugal corroboram esta estimativa, sendo estes os diagnósticos mais comuns na prevalência de: 9,3% para as Perturbações Depressivas e 6,1% para as Perturbações da Ansiedade (PNSM, 2017). Um estudo comparativo realizado em 2015 revelou que as perturbações depressivas são a maior causa de suicídio em Portugal e que a taxa deste diagnóstico tem vindo a aumentar em todo o país, entre 2011 e 2014 [PNSM e Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA), 2016].

Os dados epidemiológicos para a população infantojuvenil são escassos, mas a OMS estima que 20% das crianças e adolescentes desenvolvam perturbações psiquiátricas (Goldschmidt et al., 2018). A importância da prevenção e do melhoramento dos serviços de apoio à saúde mental infantil remete para a necessidade de se conhecerem valores epidemiológicos – relativos à prevalência das perturbações pedopsiquiátricas – a fim de se contemplarem as respostas mais adequadas e eficazes para a ocorrência destas situações (Goldschmidt et al., 2018).

A legislação portuguesa dos serviços de (pedo)psiquiatria tem vindo a ser desenvolvida no sentido de aumentar a qualidade dos serviços e despromover a institucionalização da pessoa com doença mental com base na abordagem biopsicossocial

da saúde (Palha e Marques Teixeira, 2012; Palha e Costa, 2015). A *Nova Lei da Saúde Mental* (Decreto-lei n.º 36/98), estabelece os princípios gerais da política de saúde mental portuguesa e regula o internamento compulsivo das pessoas com doença mental, com base nas aprovações e orientações de promoção de saúde mental Europeias, na procura de diminuir a institucionalização e de se desenvolverem respostas junto da comunidade que valorizem a reabilitação e reintegração das pessoas com doença mental na sociedade.

Em 2016 foram aprovadas em Bruxelas as “Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e o Bem-Estar na Europa”, segundo as quais Portugal se orienta, que se dispõem aos seguintes objetivos (PNSM, 2017):

- i. Garantir a implementação eficaz e sustentável de políticas que contribuam para a promoção da saúde mental e para a prevenção e tratamento das doenças mentais;
- ii. Promover a saúde mental e os programas de prevenção e intervenção precoce, através da integração da saúde mental em todas as políticas e de cooperação entre vários sectores;
- iii. Garantir a transição para um tratamento abrangente e para cuidados na comunidade de elevada qualidade, acessíveis a todos, com ênfase na maior disponibilização dos cuidados de saúde mental, na coordenação dos cuidados de saúde e sociais para pessoas com doenças mentais mais graves, bem como em cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas;
- iv. Fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na saúde mental;
Criar parcerias para o progresso.

Segundo a mesma fonte, em Portugal as propostas de respostas dadas a este nível enquadram-se na promoção dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; asseguramento do acesso equitativo a cuidados de qualidade às pessoas com problemas de saúde mental; redução do impacto das perturbações mentais em sociedade; promoção da descentralização dos serviços de saúde mental; prestação de cuidados de qualidade, facilitação da reintegração e recuperação das pessoas com doença mental e promoção da integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados gerais de saúde.

Com base nesta missão, o PNSM definiu linhas gerais de atividades a promover em 2017/2018 ao nível da Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Diagnóstico, Tratamento, Cuidados Continuados Integrados, Articulação Intersectorial e Apoio à Sociedade Civil, na intenção de alcançar as metas propostas (objetivos descritos anteriormente) a serem reavaliadas em 2020.

O PNSM aprovado no Despacho n.º 1606/2018 pela DGS propõe-se a “promover e dinamizar a monitorização da saúde mental da população portuguesa”, “promover e incentivar a articulação dos Serviços Especializados de Saúde”, bem como a “desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental”.

I.1.3 Funcionamento dos serviços de pedopsiquiatria

Para procurar o aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde mental infantil as equipas/os serviços de psiquiatria da infância e da adolescência trabalham de forma integrada em multidisciplinariedade, articulação persistente com outros cuidados de saúde, estruturas da comunidade e jurídicas, famílias e escolas – num conjunto alargado de rede de cuidados (Marques e Cêpeda, 2009; PNSM, 2017; Goldschmidt et al., 2018).

Dentro das várias valências de atuação possíveis, a medicina toma especial lugar, no sentido em que as avaliações diagnósticas e projetos terapêuticos gerias, são usualmente efetuados e delineados pelos médicos pedopsiquiatras, ainda que em articulação e colaboração estreita com outros técnicos e outras áreas de intervenção, como a enfermagem, psicologia, assistência social, psicomotricidade, entre outros (Goldschmidt et al., 2018).

Importa mencionar que na valência médica se recorre com frequência ao uso de intervenção psicofarmacológica e, nesse sentido, vejo necessidade de abordar brevemente esta questão, que é um tipo de intervenção recorrente nos serviços de psiquiatria, muitas vezes conjugada com outras terapias, sendo por isso essencial que os técnicos das diferentes áreas de intervenção tenham conhecimento geral dos vários medicamentos, do seu propósito, seus efeitos secundários e de que forma estes se podem conjugar ou interferir com as outras práticas visando sempre o aumento do potencial do paciente (Marques e Sanchez, 2014; Lobo Antunes, 2018a).

De entre os medicamentos mais comuns utilizados em temos (Marques e Sanchez, 2014; Lobo Antunes, 2018a):

Psicoestimulantes, que ajudam a regular a atenção. Podem ter implicações fisiológicas, no sono e interferir com o crescimento físico.

Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina (ISRN): antipsicóticos e antidepressivos, podem também ter ação de ansiolíticos em doses ligeiras. Geralmente têm implicância nas funções motoras tornando os movimentos e as respostas motoras lentificadas e podem originar tremores. Provocam alguma sonolência. No início do tratamento com ISRN é comum surgir agitação, irritabilidade, insónia, agressividade e

impulsividade. Com a gestão das doses (geralmente diminuição) ou cessão dos medicamentos é possível diminuir estes quadros de agitação e instabilidade.

Em Portugal Continental existem 9 serviços locais de psiquiatria da infância e da adolescência do Sistema Nacional de Saúde Público, cujo funcionamento se baseia no atendimento (avaliação e tratamento) a crianças e jovens com indicação de problemáticas do foro mental da sua área de referência (Goldschmidt et al., 2018). Estes serviços desenvolvem trabalhos multidisciplinares em articulação interna (entre técnicos) e externa (com a comunidade e outros serviços de saúde) constantes, e visam a prevenção e o tratamento dos problemas ligados à saúde mental infantil (Goldschmidt et al., 2018). Numa contagem global, os serviços de psiquiatria da infância e da adolescência de Portugal possuem maior número de médicos especialistas e internos e enfermeiros, existindo também, mas em menor número participação de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicomotricistas, educadores/professores, entre outros (Goldschmidt et al., 2018).

O encaminhamento de casos para intervenção em psiquiatria da infância e da adolescência pode ocorrer por sinalização escolar, dos serviços de cuidados de saúde primários, de outras especialidades médicas e/ou técnicas e ainda por parte de sistemas jurídicos quando se avalia necessidade ou risco (Goldschmidt et al., 2018).

I.1.3.1 Rede de cuidados

Segundo consta no Relatório de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (RRHPIA) de Goldschmidt et al. (2018), no âmbito terapêutico é privilegiada a intervenção estreita e articulada com os recursos comunitários (de saúde, intervenção social e educação) e é igualmente dada prioridade à promoção de competências junto da criança/adolescente e sua família, bem como ao apoio de famílias com crianças/adolescentes com perturbação mental, com o intuito de maximizar a funcionalidade e integração psicossocial das crianças e jovens (Goldschmidt et al., 2018).

Família

Pensando no conceito de família, pensamos não só nos elementos que a constituem e nas suas características individuais, mas também no que emerge das suas interações e relações (Goldschmidt et al., 2014; Santos, 2018). A família deve ser vista como um sistema aberto, ativo e auto-organizado que evolui ao longo do tempo e tem como função a criação e reconhecimento do sentimento de pertença, identificação e,

concomitantemente, individualização de cada um dos seus membros, independentemente da sua estrutura, valores e crenças (Relvas, 2003; Santos, 2018).

Santos (2018) chama a atenção para o longo período de dependência do contexto familiar e como as relações primárias interferem no desenvolvimento e construção de personalidade. Assim sendo, quando há perturbação ou indícios de perturbação na criança, os pais (ou cuidadores primários que desempenhem esta função) enfrentam desafios extra no desempenho da sua parentalidade e devem ter um papel ativo na intervenção, ser aliados dos processos terapêuticos e ter direito às ajudas necessárias para o melhoramento das suas funções parentais sem prejuízo na sua qualidade de vida (Santos, 2018).

Em saúde mental, verifica-se com alguma frequência que a criança com sintomas de psicopatologia está enquadrada em famílias destruturadas ou disfuncionais e que, muitas vezes, os próprios pais apresentam psicopatologia, por vezes não assumida (Santos, 2018). Perante famílias disfuncionais, os técnicos podem enfrentar alguma dificuldade em estabelecer uma relação de colaboração com as mesmas e devem, acima de tudo, forçar-se na intervenção psicoeducativa com os pais/cuidadores primários, oferecer treino parental e nos casos mais graves procurar avançar para terapia familiar (Franco, 2009; Santos, 2018; Rios e Williams, 2008).

Escola

A escola é talvez o segundo contexto mais representativo para a criança ou adolescente e é um local privilegiado para observação comportamental dos mesmos. Segundo Afonso e Amorim (2018), quando surgem dúvidas ou dificuldades é feita avaliação na escola e em hospitais ou clínicas que as permita esclarecer. A ligação destes dois polos é importante para a definição do plano de intervenção e para a aplicação do plano definido e pode criar necessidade de articulação direta, i.e., reunião, com os agentes educativos, família e técnicos clínicos (Afonso e Amorim, 2018). É possível que os técnicos clínicos enfrentem algumas barreiras no acesso aos agentes educativos, não significando essas barreiras que a articulação possa ser descurada (Marques, 2014; Afonso e Amorim, 2018).

Essas barreiras constituem dificuldades de comunicação, organização e recursos, mas há também uma vasta hipótese de modelos de articulação entre os serviços de saúde mental e as escolas tais como: consultoria, avaliação e observação, trabalho direto com as crianças e adolescentes, trabalho com os pais, ações de formação para professores e programas de promoção de saúde mental e de prevenção da doença (Marques, 2014).

Note-se ainda que no que concerne a questões legais é imperativo que os técnicos clínicos tenham conhecimento das leis educativas em vigor, das quais se destaca a lei para a educação inclusiva do decreto-lei n.º 54/2018 que além de reforçar o papel dos encarregados de educação como elementos ativos na organização das medidas de suporte à educação, implica ainda que as medidas selecionadas sejam da competência das equipas multidisciplinares das quais os técnicos clínicos fazem parte (Afonso e Amorim, 2018; decreto-lei n.º 54/2018, artigo 4.º).

Comunidade

Naturalmente que a comunidade, sendo local e estrutura de abrigo e influência às sociedades (e pessoas nelas envolvidas), deve ser considerada nos processos de avaliação e intervenção (Marques, 2014). Atualmente, existem programas de prevenção e apoio à doença mental organizados e promovidos pelas Câmaras Municipais e pelas Organizações Não Governamentais (ONG), que são iniciativas cada vez mais apoiadas por estas entidades e devem ser introduzidas nos planos de intervenção pelos técnicos de saúde mental (Marques, 2014). Podem ainda existir estruturas na comunidade de apoio às famílias das crianças com problemas de saúde mental (Marques, 2014). É função dos técnicos conhecer e recomendar estes programas aos indivíduos que apresentem perfil compatível com os mesmos.

Justiça

A articulação entre serviços de saúde mental e sistemas jurídicos deriva da convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2019) adaptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1989) que estipula uma série de direitos e orientações para que as crianças se possam desenvolver com condições favoráveis (Jorge, 2014). Segundo esta convenção, todas as crianças têm direito ao acesso a cuidados básicos de vida, saúde e proteção (UNICEF, 2019).

As ligações e trabalho direto com os serviços de psiquiatria da infância e da adolescência e tribunais são imperativos na proteção de crianças que vivam em ambientes familiares de risco (Jorge, 2014). Muitas vezes, a criança chega até aos serviços de psiquiatria da infância e da adolescência através das Comissões de Proteção de Jovens e Crianças em Perigo (CPCJP), ou pelo contrário quando é referenciada pela própria família, centro de saúde, ou escola, por vezes é identificado perigo (e.g., maus tratos, negligência, abuso ou violência aplicados à criança) ou falta de capacidade por parte da família para

proteger a criança e proporcionar-lhe condições adequadas ao desenvolvimento (Jorge, 2014).

I.2 Avaliação e observação em saúde mental infantil

A avaliação assenta num processo organizado de recolha de informação que visa detetar e especificar competências vs dificuldades nas diversas áreas do funcionamento humano (Estrela, 1984). Em saúde mental infantil, o objetivo da avaliação é recolher o máximo de informação, para que posteriormente se possam interpretar resultados e tomar decisões relativas à intervenção: e.g., encaminhamento para outras áreas de intervenção e planeamento do projeto terapêutico (Estrela, 1984).

A avaliação clínica pode ser **informal**, não implicando a aplicação de testes padronizados (de referência à norma), sendo então obtida através de observação e entrevistas; ou **formal** implicando o uso de testes padronizados (Soeiro, 2014). Os dados recolhidos das avaliações instrumentais/formais não devem ser vistos de forma isolada ignorando os dados que se podem recolher da relação direta com o sujeito, relação com o espaço e com o tempo (Dias e Lima, 2014; Soeiro, 2014). Em ambos os tipos de avaliação é importante o total domínio das técnicas de avaliação para que não se cometam erros ou influências e é fundamental o treino deste processo (Soeiro, 2014).

Neste âmbito, é fundamental ter em consideração as condições envolvermentais que possam influenciar a prestação do sujeito e, neste sentido, frisa-se a importância de se obter uma apreciação global da criança nos seus diferentes contextos de forma a que se possam encontrar possíveis explicações para o seu funcionamento, fatores de risco e de proteção (Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

Para que se possa recolher o máximo de informação é geralmente feita uma **anamnese** que consiste na recolha aprofundada de dados relativos à história de vida/desenvolvimento dos sujeitos (Soeiro, 2014). Nesta constam: as condições psicofisiológicas e ambientais da gravidez e parto, o percurso de desenvolvimento da primeira infância, o percurso de escolaridade e formação e caracterização do meio envolvente e dia-a-dia do sujeito (meio familiar, cultural, económico, condições sociais, etc) (Soeiro, 2014).

Entrevista

A entrevista constitui um método de recolha de informação através do diálogo, que em psiquiatria da infância e da adolescência conta com a participação dos pais (ou cuidadores primários que se assumam com essa função) e da criança, tendo os pais um papel determinante neste processo (Pinto de Freitas e Malpique, 2014).

O objetivo principal da entrevista clínica é identificar os motivos da consulta (queixas/preocupações), fazer a avaliação global da situação, compreender as relações estabelecidas entre os diferentes intervenientes da entrevista e conhecer (Dias e Lima, 2014; Pinto de Freitas e Malpique, 2014). A compreensão das dinâmicas relacionais entre cuidadores e criança é especialmente importante pois é nessas dinâmicas que se encontram potenciais fatores de risco e/ou proteção bem como padrões de vinculação seguros ou inseguros que como veremos mais à frente têm forte impacto no desenvolvimento infantil (Guedeney, 2004a; Pinto de Freitas e Malpique, 2014).

Segundo Pinto de Freitas e Malpique (2014), as entrevistas em contexto clínico pedopsiquiátrico contam com dois ou três momentos distintos de entrevista conjunta aos pais e criança, entrevista individual aos pais e/ou entrevista individual à criança.

Na primeira fase – a entrevista conjunta – atendendo à imaturidade da criança e, em certos casos, à dificuldade na expressão verbal, os pais são importantes interlocutores e mediadores da relação entre criança e médico/terapeuta, mas é essencial que o técnico atente ao facto de que muitos pais fazem projeções suas nos filhos e nesses casos a criança aparece como um sintoma do pai, mãe ou casal perturbados, necessitando de ajuda técnica, mas não sendo o foco da intervenção – passando este para a família (Pinto de Freitas e Malpique, 2014; Santos 2018).

Observação

Observação define-se pela recolha de informação de um objeto de estudo sob determinado objetivo, olhando a fenómenos e acontecimentos específicos (Brito, 2005).

A observação pode ser **sistemática/estruturada** – quando o observador planeia previamente o que vai observar/analisar, definindo objetivos e condições de forma a que a observação seja controlada e possa responder aos propósitos pré-estabelecidos (Lakatos e Marconi, 2007). Neste tipo de observação, o observador deve registar de forma precisa as suas observações, servindo-se de instrumentos que podem ser escalas, *check lists* e/ou de anotações, registos audiovisuais, entre outros.

No caso de observação **não sistemática ou informal** – técnica que consiste em recolher e registar acontecimentos sem que sejam utilizados meios técnicos específicos para tal (Lakatos e Marconi, 2007) – o observador, observa um indivíduo em interação com o meio ambiente, em determinado contexto, e toma nota dos comportamentos, características e interações pessoais que pareçam significativos. Ainda que seja um tipo de observação não estruturado e não planeado, o observador deve clarificar e delimitar os aspetos a observar (Dias, 2009).

A pertinência, perspicácia e sucesso das observações dependem do observador, da atenção que dá aos fenómenos que o rodeiam, e estão por isso dependentes de treino (Lakatos e Marconi, 2007; Dias, 2009).

Relativamente ao observador este pode ser participante, i.e., um observador que se integra no contexto ou grupo de observação, ou não participante, assumindo um papel de espectador, presenciando os acontecimentos, mas não participando neles (Estrela, 1984; Lakatos e Marconi, 2007).

Em saúde mental infantil os processos de observação são muito utilizados para corroborar as avaliações e compreendem momentos de observação da criança e da criança com a família (e.g. nos momentos de entrevista) com vista a compreender os padrões de funcionamento e de relação estabelecidos (Soeiro, 2014).

I.3 Psicomotricidade e saúde mental infantil

A psicomotricidade baseia-se no estudo da relação e influências recíprocas entre o psiquismo e a motricidade, encarando de forma integrada as funções cognitivas, socio emocionais, psicoafectivas e motoras, que atuam no envolvimento ao mesmo tempo que são determinadas por este (APP, 2011).

A intervenção psicomotora é baseada na mediação corporal, através da qual se procura o restabelecimento de funções cognitivas, motoras e socio-emocionais, através da expressão motora e diálogo tónico emocional (Fonseca 2012). A mediação corporal permite ao indivíduo reencontrar prazer na exploração sensoriomotora, e ao terapeuta compreender e ajudar a ajustar as condutas desadequadas geralmente implicadas nos problemas de comportamento, de desenvolvimento/maturação psicomotora, dificuldades de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (Martins, 2001b).

A função desta intervenção é transformar o corpo em “palco das emoções” – “objeto de ação”, controlado, integrado e orientado num espaço e tempo, disponível para o diálogo com os objetos e com os outros – para que desta forma o psicomotricista consiga avaliar, reestruturar e compensar mecanismos desajustados dando novas representações ao movimento (Costa, 2008; Fonseca 2012; Martins 2001b).

Esta intervenção pode incidir em diversos níveis consoante as necessidades do indivíduo, distinguindo-se essencialmente, segundo Fonseca (2012) e Almeida (2013), o nível corporal (quando existem e.g., dispraxias, perturbações do esquema corporal e da lateralidade, desarmonias tónico-emocionais), o nível relacional (quando se verificam e.g., dificuldades de comunicação, instabilidade emocional/comportamental, dificuldades de

autorregulação, agressividade) e o nível cognitivo (e.g. quando há dificuldade na regulação da atenção e memória).

Martins (2001b), explica que por se tratar de uma intervenção de incidência corporal e relacional na qual a expressão motora é primordial, a intervenção psicomotora é essencialmente indicada para pessoas com dificuldades em comunicar e em agir sobre o mundo exterior, encontrando na experimentação e no investimento corporal um meio para a sua afirmação pessoal no mundo. O autor acrescenta que a finalidade desta intervenção é promover uma melhor e mais harmoniosa adaptação do indivíduo ao meio em que está inserido.

A intervenção psicomotora pode ainda assumir carácter preventivo, reeducativo ou terapêutico, ser aplicada em grupo ou individualmente e é baseada em duas componentes: instrumental e relacional (Fonseca, 2001; APP, 2011; Almeida 2013).

A primeira envolve uma relação primordial com os objetos, espaço e tempo, centrando-se na resolução de situações problema (Martins, 2001b; Almeida 2013). Através da organização, planificação e consistência da ação, é possível desenvolver estruturas cognitivas que promovam a evolução do pensamento e, tornando a resolução dessas situações problema vivências de sucesso, é possível promover a autoestima e confiança dos sujeitos (Martins, 2001b). Segundo Fonseca (2010), a memória, a atenção, a linguagem, a percepção e as competências académicas são componentes cognitivas indispensáveis à assimilação do conhecimento e o seu desenvolvimento relaciona-se com a estruturação neurológica hierárquica dos fatores psicomotores (Tonicidade, Equilíbrio, Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaciotemporal, Praxia Global e Praxia Fina), organizados nas três unidades cerebrais funcionais propostas por Lúria (1981).

A componente instrumental destina-se então a aperfeiçoar a maturação destes fatores, criando situações problema que apelem ao pensamento criativo, à reflexão e atenção de forma consistente para que o indivíduo seja progressivamente mais capaz de se adaptar a modificações do envolvimento (Martins, 2001b; Fonseca 2010).

Já a componente relacional compreende-se pela possibilidade que se dá ao sujeito de expressar de forma espontânea os seus desejos e problemáticas afetivas (Aucouturier, 2010). Esta componente valoriza a atividade centrada na criança – o jogo e o brincar – considerando-se que é nesta atividade que a criança maximiza a sua capacidade de expressão e possibilita desenvolver competências e aprendizagens através do jogo simbólico (Almeida, 2013).

O terapeuta deve aceitar as formas de expressão da criança, e mediar a sua relação com o envolvimento interagindo com ela dentro da sua forma de ação, i.e., moldando-se à

sua forma de comunicar, ser e estar (Martins, 2001b). Nesta forma de intervenção prima-se a comunicação não-verbal que se assume como indicador tónico-emocional, i.e., a expressão corporal situa-se entre o sentir e o mover, e o terapeuta deve procurar a intencionalidade do diálogo tónico-emocional realizado com o cliente e dar resposta estruturando as manifestações do mesmo (Martins, 2001a).

Com base em Branco (2010), nos contextos psiquiátricos o psicomotricista encara os sintomas psicomotores (comportamentos, expressão corporal dos impulsos, das emoções, dos sentimentos e dos pensamentos) como expressão de sofrimento e, neste sentido, a terapia psicomotora propõe-se a colmatar falhas do desenvolvimento e a resolver conflitos internos, decorrentes de vivências primárias pouco seguras (Almeida, 2005; Figueira e Freitas, 2017; Martins, 2015).

I.3.1 Pressupostos teóricos e desenvolvimentais

Para compreender os aspetos metodológicos da intervenção psicomotora nos contextos de saúde mental infantil importa abordar as teorias desenvolvimentais psicodinâmicas, pois foi nestes pressupostos que a psicomotricidade se baseou no início histórico da sua inserção enquanto área de intervenção (Fonseca, 2001; Vecchiato, 2003). No entanto, com o tempo, a psicomotricidade abriu-se a outras correntes e diferentes contextos (Fonseca, 2001). Deste modo, aquilo que de seguida se apresenta é a explicação do desenvolvimento à luz de teorias psicodinâmicas, construtivistas e sistémicas que ajudam a perceber a relevância da relação e, por isso, a explicar os métodos de intervenção aplicados no contexto de saúde mental – onde o que se pretende é atuar na esfera comportamental e psicoafectiva da criança (Martins, 2001b).

A intervenção psicomotora deve a sua origem a vários autores, médicos, psicólogos, psicanalistas e pedagogos – dos quais destaco Wallon (1978), Winnicot (1975) e Ajuriaguerra (1996) – que se dedicaram a entender o papel do corpo e do movimento no desenvolvimento global da pessoa, todos convergindo na ideia de que o “Eu” corporal e agido é a expressão da personalidade e da vida interna psíquica (Fonseca 2012).

Com base nas perspetivas psicodinâmicas é relevante considerar o papel da vinculação e a importância das relações primárias estabelecidas entre bebé e figuras cuidadoras, uma vez que se acredita que os processos de vinculação estabelecidos nos primeiros anos de vida ditam o percurso de desenvolvimento e perfil de funcionamento que a criança virá a ter mais tarde (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1979; Vecchiato, 2003).

Bowlby (1982), definiu vinculação como a predisposição inata para a criação de relação e afetividade com o outro. Este mecanismo assenta num conjunto de

comportamentos de comunicação como o choro, o sorriso e diálogo tónico emocional, adotados pelo bebé com vista a ver satisfeitas as suas necessidades básicas pela figura cuidadora e a iniciar a criação de laços afetivos (Bowlby, 1982; Ainsworth et al., 1979; Vecchiato, 2003; Guedeney, 2004a; Soares, 2007).

Imediatamente após o nascimento, o bebé mantém-se numa relação de fusão simbiótica com a figura cuidadora caracterizada por absoluta dependência desta figura, vivida agora entre corpos separados (Winnicott, 1975; Vecchiato, 2003). Na fase simbiótica, o bebé já não se encontra em ambiente uterino, existindo uma fusão psicológica entre ele e a mãe (ou a figura cuidadora que desempenhar a sua função) (Vecchiato, 2003). Contudo, nesta fase o bebé exige e necessita ainda do contacto corporal com a figura cuidadora para que esta lhe proporcione contenção dos limites corporais e segurança que irão evoluir para o reconhecimento de si e do outro como dois corpos distintos (Winnicott, 1975; Vecchiato, 2003). Progressivamente, o bebé começa a direccionar menos a sua intencionalidade de comunicação exclusivamente para a mãe e inicia atividade exploratória (com o olhar, a voz e gestos) alternando entre momentos de contacto com a figura cuidadora e momentos de “não-contacto” – nos quais tem consciência de si na separação real do corpo da figura cuidadora e do seu, dando início ao processo de separação-individuação (Mahler, Pine e Bergman, 2002; Vecchiato, 2003).

O processo de separação-individuação inicia-se por volta dos três meses de vida e termina por volta dos 18, quando a criança já adquiriu funções motoras e representativas suficientes para se autonomizar e afirmar esta conquista (Mahler et al., 2002; Vecchiato, 2003). Os autores explicam que durante este processo a criança aumenta, de maneira progressiva, os períodos de tempo de vigília na ausência da figura cuidadora e, mesmo privilegiando e procurando o contacto com esta, aumenta a sua atenção para os estímulos externos que a rodeiam e a convidam ao comportamento exploratório (autónomo) – designado de espaço vital.

Este processo desenrola-se a par com o desenvolvimento sensório-motor e com as aquisições locomotoras que possibilitam à criança novas formas de exploração e movimento que contribuem para o progressivo aumento do espaço vital da criança (Vecchiato, 2003). Até cerca dos seis meses de vida, o bebé adquire competências motoras suficientes para se deslocar intencionalmente e com isso se afastar da figura cuidadora – o que os autores designam de progressão/separação/difusão – ainda que prevaleça a necessidade de fusão com esta; pelo que é crucial uma atitude responsiva, constante e consistente que promova a noção de base segura à criança (Mahler et al., 2002; Vecchiato, 2003).

A noção de base segura é aquela que transmite suporte afetivo à criança para a sua atividade exploratória, i.e., quando a dinâmica emocional e contínua de separação/individuação é vivida entre bebé e figura cuidadora de forma responsiva e recíproca, na qual a figura cuidadora interpreta e satisfaz eficazmente as necessidades do bebé, dá-se a estruturação de um suporte afetivo persistente, que o bebé interioriza e representa (simbolicamente) como constante, mesmo fisicamente longe da sua figura de referência (Ainsworth et al., 1979; Bowlby, 1982; Guedeney, 2004b; Scharfe, 2017). A noção de base segura vai influenciar o espaço de ação – espaço vital – da criança, que se compreende pelo espaço de difusão que a criança é capaz de aguentar sem necessidade de regressão e fusão com a figura cuidadora ou, por outras palavras, sem ansiedade de separação (Vecchiato, 2003).

A intencionalidade exploratória permite a integração da informação do ambiente e, a partir disso, a construção de Modelos Operantes Internos assentes em representações de acontecimentos e relações, e respetivo fundo emocional (Bowlby, 1982; Miljkovitch, 2004). Estes modelos constituem representações mentais do próprio (Eu), dos outros e do mundo externo, organizam-se com base nas vivências que a criança obteve nos primeiros anos de vida e tendem a ser estáveis uma vez formados, o que significa que a criança adota nas suas interações com os outros os padrões comportamentais que estabeleceu a partir da sensibilidade e responsividade recebidas dos seus cuidadores (Miljkovitch, 2004; Caldeira da Silva, 2014).

Com base nas teorias da aprendizagem socio construtivistas é na intencionalidade exploratória, na relação com os estímulos envolventes e nos processos de socialização que cognição e inteligência se desenvolvem, atribuindo-se nestas perspetivas forte importância à exploração do meio envolvente e à estimulação na infância (Dias, 2018). Com base nesta dinâmica, a intervenção psicomotora procura a promoção de competências e estimulação dos diferentes níveis de desenvolvimento através da interação pessoa-ambiente – na relação com o espaço, objetos, tempo e com os outros (Costa, 2008; Almeida, 2013).

Integrando todas estas noções e perspetivas concluímos que nos contextos de saúde mental infantil, a terapia psicomotora destina-se a resolver conflitos internos e/ou problemas de desenvolvimento decorrentes de vivências primárias pouco seguras/construtivas (Almeida, 2005; Martins, 2015). Através da experimentação e relação corporal, a criança tem a oportunidade de viver, em ambiente seguro, experiências regressivas, as suas projeções de medos, angústias e desejos, e de juntamente com o terapeuta resolver os seus conflitos, reestruturar os seus Modelos Operantes Internos e

evoluir no sentido da progressão, autonomia, criatividade e pensamento divergente (Vecchiato, 2003).

Além da componente afetiva, através da manipulação do “*setting*” terapêutico – espaço e materiais dispostos na sessão – o psicomotricista pode causar situações que permitam a estimulação cognitiva e promovam o funcionamento executivo, permitindo que a criança desenvolva capacidades que a preparem para as exigências de outros contextos como é o caso das aprendizagens escolares (Costa, 2008).

A intervenção junto com as famílias, e outros intervenientes diretos no desenvolvimento das crianças, tem também um grande impacto e tem-se hoje em dia como uma necessidade, uma vez que, como vimos é nas dinâmicas relacionais primárias, i.e., com os cuidadores primários, que se estruturam os Modelos Operantes Internos e é junto com os mesmos que os devemos restaurar na existência de conflitos psíquicos (Caldeira da Silva, 2014).

I.3.2 Especificidades metodológicas

Como vimos, a psicomotricidade pode ser uma área multimodal e multidimensional, adequando-se os modelos e métodos de intervenção às características individuais dos pacientes e dos contextos (Fonseca, 2001).

Em saúde mental infantil prioriza-se a componente relacional, valoriza-se a espontaneidade e expressividade da criança através da atividade lúdica, com base nas orientações do modelo terapêutico proposto por Vecchiato (2003) que preconiza que a criança viva, em contexto terapêutico, situações de regressão que permitam ao terapeuta atuar nos seus conflitos e angústias afetivas. Baseado nos pressupostos de Mahler et al. (2002) e nas teorias da vinculação, Vecchiato (2003) defende que é na experiência regressiva que a criança é capaz de reviver as situações de conflito e, com mediação do terapeuta, organizá-las e superá-las, progredindo para mecanismos de autonomização.

Os métodos de avaliação, devem também ter em conta a expressividade espontânea da criança, sendo por isso a observação um método priorizado, como se aborda de seguida.

I.3.2.1 Métodos de avaliação e observação

Qualquer intervenção de índole terapêutica ou reeducativa implica a criação de um plano de intervenção, baseado numa avaliação prévia, a qual serve para identificar problemas e delinear objetivos que visem colmatar as falhas eminentes aos problema/dificuldades existentes (Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

Em psicomotricidade, o avaliador procura uma visão clara e integrativa das capacidades do sujeito ao nível da compreensão cognitiva, afetividade, competências adaptativas e aptidão prática/corporal (Fonseca, 2010).

É fundamental que para o planeamento do projeto terapêutico de intervenção psicomotora, seja realizada avaliação por métodos objetivos (recorrendo à utilização de instrumentos que avaliem as funções psicomotoras), capazes de dar conhecimento acerca das competências funcionais da criança, e por métodos subjetivos, que permitam observar as competências psicoafectivas da criança, as relações e atitudes face aos outros, a integração entre o corpo e a palavra, real e simbólico, concreto e abstrato (Boscaini, 2004).

Em psicomotricidade, o corpo é o principal instrumento de avaliação, sendo através da sua observação (movimento, interação com os outros, objetos, espaço e tempo) que se detetam as dificuldades e competências da pessoa (Pitteri, 2004). A observação psicomotora (com crianças) constitui um tipo de observação orientado para a empatia, em que o observador assume um papel participativo e procura, sobretudo, recolher dados relativos à atitude da criança perante as tarefas propostas (i.e., qualidade da motivação, interesse pelas tarefas, manifestações de esforço ou de fadiga, nível autocontrolo, nível de autonomia) a forma como gere a distância interpessoal em relação ao observador ou outros, a sua atividade espontânea, a relação que estabelece com o outro, com o espaço e com os objetos bem como a qualidade/quantidade da comunicação verbal e não-verbal (Fonseca, 2010; Pinto de Freitas e Malpique, 2014). Segundo Fonseca (2010), o observador deve mediar a observação através de encorajamentos e reforços. Note-se que para validação da avaliação por este método, a observação deve ser realizada com critério (Fonseca, 2010).

Geralmente, no âmbito da intervenção psicomotora, o observador é participante tendo um papel ativo nos acontecimentos e dinâmicas que observa, o que por um lado pode constituir um fator de influência, i.e., ao estar integrado no contexto o observador pode ter dificuldade em ser e manter-se objetivo, pode ser influenciado e/ou influenciar os indivíduos que observa, sendo mais uma vez apontada a extrema importância do treino de observação (Lakatos e Marconi, 2007); ou, por outro lado, pode aumentar a proximidade e os estados de empatia entre observador e observados, constituindo-se desta forma de um método facilitador que promove a descontração dos indivíduos permitindo que expressem as suas competências e dificuldades espontaneamente (Fonseca, 2010).

I.3.2.2 Características metodológicas dos planos de intervenção

Concretamente, no que concerne à concretização dos planos de intervenção existe uma série de diretrizes que orientam as decisões terapêuticas no que toca à organização do espaço e materiais, técnicas/métodos de intervenção e estratégias de mediação. De seguida, apresentam-se as diretrizes aplicadas no contexto de saúde mental infantil, conjugando as estratégias de mediação com os outros aspetos referidos.

I.3.2.2.1 Espaço e materiais

O espaço de terapia psicomotora deve ser um espaço de representações e expressividade, caracterizado por um ambiente contendor, securizante e sucessivamente estimulante (Costa, 2008). O espaço deve ser amplo e liberto, mas rico em oportunidades dispondo de um vasto e diversificado leque de materiais capazes de estimular diferentes componentes do desenvolvimento, e aos quais se possam atribuir várias funções e valor simbólico (Vecchiato, 2003). Apesar de a intervenção psicomotora ser uma área de mediação corporal, dá especial relevância aos objetos, uma vez que os mesmos compreendem uma fonte fundamental de desenvolvimento e facilitadora de relação (Vecchiato, 2003).

Valor simbólico do objeto:

Desde os primeiros meses de vida que a descoberta e o uso do objeto são essenciais para o desenvolvimento psíquico da criança tendo também o seu papel no processo de separação-indivuação e socialização (Vecchiato, 2003). A evolução progressiva da motricidade, que passa desde os reflexos à intencionalidade, vai ser determinante para o comportamento exploratório da criança, em relação ao objeto (Vecchiato, 2003).

O uso do objeto como mediador de comunicação evolui até ao ponto em que a criança interioriza o seu funcionamento e consegue atribuir valor simbólico aos objetos (Winnicott, 1975; Vecchiato, 2003; Vieira, Batista e Lapierre, 2013). Deste modo, podemos atribuir ao objeto um valor de prolongamento do próprio corpo, de substituição do corpo do outro, de espaço simbólico para a exteriorização de desejos ou necessidades, integrador de cognição e inteligência ou ainda atribuir-lhe a função de mediador social (Almeida 2005).

A utilização dos objetos em terapia psicomotora deve então ter em conta não só a utilidade praxica que se lhes possa dar, mas também a utilidade que possam dar ao desenvolvimento do jogo psicomotor (sensório-motor, simbólico e de socialização) (Vecchiato, 2003). O objeto serve de suporte estimulando a criança à atividade motora e expressiva, utilizando-se geralmente objetos simples de uso específico ou pouco evidente que promovam a exploração criativa – e.g. bolas, colchões, bastões, esponjas, rolos,

material didático, instrumentos musicais, panos, arcos, material artístico, etc – (Costa, 2008; Vecchiato, 2003). Pode ser também importante a existência de brinquedos que apelem ao imaginário e à função simbólica (Almeida, 2005).

É importante não esquecer que o principal objeto da terapia psicomotora é o próprio corpo – local de projeção de medos, angústias, conflitos e desejos (Martins, 2001a; Vieira et al., 2013).

I.3.2.2.2 Técnicas e estratégias de intervenção

Os métodos de intervenção priorizados em terapia psicomotora em contexto de saúde mental infantil são a atividade lúdica/jogo, técnicas de relaxação, terapias expressivas e abordagem não diretiva (Costa, 2008).

O jogo

Falamos do jogo como experiência fundamental do desenvolvimento infantil, ainda à luz das perspetivas desenvolvimentais de Mahler et al. (2002) e Vecchiato (2003): Finalizado o processo de separação-individação e a fase de afirmação de individualidade, a criança desenvolve a motricidade e aperfeiçoa processos de simbolização e de comunicação com os outros. Neste período, a criança relaciona-se principalmente através do jogo desejando-o, procurando-o e provocando-o (Vecchiato, 2003).

Segundo Winnicott (1975), o jogo/o brincar constitui por si só uma terapia e deve ser considerado a via pela qual a criança elabora a sua realidade e se prepara para a vida, sendo desta consideração que se serve a terapia psicomotora nos contextos de saúde mental, que adota o jogo e a relação corporal como bases práticas .

De facto, vários autores defendem a importância do jogo e do brincar espontâneo, para o desenvolvimento infantil, por ser uma forma de expressão, experimentação, relação, imaginação, confronto, compreensão, negociação e transformação, que organiza e constrói o psiquismo da criança (Neto, 2013; Moyles, 2002). Segundo os autores, brincar implica prazer, porque diverte e porque permite a descoberta de ser/estar livre, descobrir novos significados, encontrar novas soluções e criar novos laços e relações afetivas. Brincar é essencialmente uma atividade de expressão, promove o desenvolvimento de processos cognitivos e afetivos fundamentais para o funcionamento global da criança e é uma porta de entrada para o mundo afetivo e emocional da criança, devendo por isso ser utilizada como veículo, na terapia, para aceder ao seu subconsciente (Simões, 2011).

Distinguem-se três tipos de jogo psicomotor, associados a diferentes etapas do desenvolvimento (Vecchiato, 2003; Aucouturier, 2010):

- **Jogo sensoriomotor**, caracterizado pela experimentação do movimento. É através deste que a criança desenvolve a sua motricidade, tem experiências prazerosas com o corpo e com diferentes formas de movimento, começando deste modo a integrar construtos psicológicos derivados da sua capacidade de agir sobre si própria e sobre o mundo exterior de forma autónoma e intencional;
- **Jogo simbólico**, que envolve processos de imitação, imaginação e linguagem e tem por base representações mentais. É onde surge a atividade “faz de conta” e jogos de *role play*. A criação de uma imagem mental permite que a criança represente em situações de jogo espontâneo, vivências e emoções ligadas à sua história e à realidade afetiva vivida com as figuras cuidadoras ou outras significativas. É neste tipo de jogo que acontecem movimentos de regressão às primeiras fases do desenvolvimento, onde a criança procura satisfazer experiências relacionais não vividas ou mal vividas que prejudicaram a evolução harmoniosa da sua personalidade. O jogo simbólico tem implícito capacidades de representação consciente e simultânea de realidade e fantasia, capacidade de transformação dos objetos e competências cognitivas.
- **Jogo de socialização**, associado ao desejo de pertença. Este jogo origina-se quando a criança começa a substituir a satisfação dos prazeres corporais, afetivos e pessoais, pela satisfação de realizar algo conjuntamente com outro/outros. A necessidade de obter os resultados funcionais derivados das atividades que elaborava nos outros tipos de jogos (numa fase egocêntrica), é substituída pela necessidade de pertencer a um grupo e realizar atividades em conjunto e cooperação. Com isto acontece a aquisição de novos modelos comunicativos, ou a modificação e adequação dos modelos comunicativos pré-existentes em função dos outros (grupo), favorecendo a capacidade de adaptação da criança. A regra toma especial importância nesta fase, incute-se e está implícita no jogo de socialização, uma vez que pretende uniformizar as possibilidades de ação de todos, sendo a representação de contenção e de limites.

Os jogos oferecem flexibilidade de abordagens, de programação e de objetivos, e neste sentido devem ser vistos como atividades construtivas, constituídas de diferentes finalidades, e não como atividades de sentido meramente recreativo ou competitivo (Le Boulch, 1988; Simões, 2011).

Para a eficácia da intervenção psicomotora em contexto de saúde mental infantil, é fundamental que exista uma atmosférica lúdica, na qual o próprio terapeuta esteja envolvido, atendendo ao nível relacional da criança, de forma a que possam surgir as

pulsões internas da criança e se possa desenvolver o seu comportamento adaptativo (Costa, 2015). O jogo proporciona ao terapeuta uma parte de comunicação que não é atingida por outros meios de comunicação, assumindo-se desta forma como revelador de condutas relacionais, podendo, em ambiente securizante, constituir uma experiência emocional corretora e reorganizadora (Vecchiato, 2003).

Podemos atribuir ao jogo as funções de (Vecchiato, 2003; Aucouturier, 2010):

- **Exercício** (jogo sensoriomotor) com função de harmonizar a praxia e aumentar a sua eficácia;
- **Simbolismo ou de imaginação**, que como já visto favorecem o controlo da realidade e a compensação da realidade graças à ficção, ajudando a superar e eliminar conflitos e inseguranças;
- **Construção**, que se associa ao jogo simbólico, atribuindo maior destaque à adaptação e “manipulação” da realidade, permitindo a estimulação cognitiva e imaginativa
- **Contenção e identificação** (jogo social), relacionadas com atividades assentes na cooperação e nas ações conjuntas ao abrigo de determinadas obrigações/regras comuns que promovem o sentimento de pertença a um grupo e identificação ao mesmo.

A Relaxação

O termo relaxação diz respeito a um conjunto de processos que visam a descontração neuromuscular e psíquica, aliviando e diminuindo tensões tónicas do sujeito (Martins, 2001a). Segundo Bergès e Bounes (1996) e Martins (2001a), a relaxação corresponde a um meio de condução aos estados tónicos e emocionais da pessoa, pelo qual é possível a libertação de afetos e representações simbólicas, que conduz à reorganização psíquica. Isto significa que a relaxação é mais do que um procedimento muscular para aliviar dor ou tensão, é um veículo de acesso às emoções, que em contexto terapêutico e securizante possibilita atuação nos construtos psíquicos no plano não verbal (Martins, 2001a). A relaxação psicoterapêutica é considerada uma ponte que une o que é vivido e sentido, nessa experiência, no plano tónico emocional (não verbal), ao que é interiorizado através da mediação verbal (Maximiano, 2004). A palavra tanto é usada para induzir e facilitar estados tónicos, como para qualificar a experiência tónica e assim atribuir-lhe significado (Martins, 2001a; Maximiano, 2004).

O objetivo final da relaxação é providenciar o bem-estar e a reestruturação psíquica, investindo-se no plano não verbal, no contacto (direto ou indireto) corporal e na consciencialização corporal – que permitem a regulação afetiva e (re)identificação pessoal

(Martins, 2001a; Costa, 2008). Santos, Grilo, Costa e Martins (2019) acreditam ainda que a relaxação terapêutica propicia a empatia, autoestima, criatividade e a resiliência.

A relaxação infantil pode também ser conjugada com a expressividade lúdica – meio de comunicação que facilitará à criança o acesso à escuta interior e corporal e à consequente consciencialização corporal, de si, tornando-a disponível para esta atividade (Costa, 2008).

As Terapias Expressivas

Outro método bastante eficaz de intervenção psicomotora, devido à liberdade de movimento e de expressão, é o uso das terapias expressivas – práticas terapêuticas de índole criativa que facilitam a comunicação e permitem a descoberta de diversas formas de expressão (Valladares e Carvalho, 2006).

Sendo um método que se serve de várias vias de comunicação, que envolvem o funcionamento de diferentes áreas cerebrais, é facilmente promovida a motricidade, a cognição e são facilitadas aprendizagens (Valladares e Carvalho, 2005). As atividades de expressão gráfica, em particular, têm também um forte impacto na elaboração (construção e continuidade) do pensamento, estimulando a criança a e.g. contar histórias, descrever e reproduzir imagens de situações, pessoas e/ou objetos (Aucouturier, 2010). O desenho, concretamente, constitui um importante meio de comunicação e de conservação das experiências vividas (Martins e Rosa, 2005).

Também as terapias expressivas podem ser utilizadas a par com o brincar intensificando, desta forma, a liberdade de expressão, autonomia, criatividade e desenvolvimento emocional e social positivos (Valladares e Carvalho, 2006). É importante notar que, frequentemente, crianças com psicopatologia ou até dificuldades menos graves do ponto de vista emocional e comportamental, expressam inconscientemente emoções e sentimentos de formas por vezes socialmente inaceitáveis, causando impacto negativo no seu autoconceito (Aucouturier, 2010). Para estas crianças a expressão artística aparece como uma forma aceitável de exteriorizar emoções e pensamentos.

Em suma, a integração da psicomotricidade nos serviços de psiquiatria da infância e da adolescência oferece contributos específicos por ser uma área que possibilita a observação e compreensão integrativa das dificuldades e funcionamento psíquico dos pacientes (Figueira e Freitas, 2017). Apresenta-se ainda como um espaço pedagógico terapêutico que através de formas de expressão alternativas, i.e., com enfoque na expressão não-verbal, permite a reestruturação psíquica (Rodrigues, Gamito e Nascimento, 2001).

II Enquadramento Institucional

“A grandeza de uma profissão é talvez, antes de tudo, unir os homens.” - Antoine de Saint-Exupéry

Neste capítulo pretende-se caracterizar a instituição do local de estágio, o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, abordando a missão e valores do Centro Hospitalar de Lisboa, as áreas de intervenção e modelos de atuação do serviço, destacando a intervenção psicomotora.

II.1 O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) integra os hospitais Egas Moniz, Santa Cruz e São Francisco Xavier, dispondo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados (Ministério da Saúde, s.d.). A missão do CHLO é o alcance da prestação de cuidados de saúde de qualidade e referência a todos os cidadãos, dentro das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram (Ministério da saúde, s.d.). No CHLO desenvolvem-se ainda atividades complementares de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação segundo a regulamentação de âmbito nacional no que toca aos processos de ensino aprendizagem no domínio da saúde (Ministério da saúde, s.d.). Rege-se por valores e princípios éticos de humanização e excelência profissional, atendendo ao respeito por cada doente, respeito pelo ambiente, promoção de saúde na comunidade, promoção da multidisciplinaridade e atualização face aos avanços científicos e tecnológicos, pretendendo alcançar os seguintes objetivos estratégicos (Ministério da Saúde, s.d.):

- Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- Aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro;
- Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação e da formação profissional.

II.1.1 O Serviço de Psiquiatria de Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

Dentro dos vários serviços e áreas de atuação que integram os diferentes hospitais do CHLO, existe o Serviço de Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SPSMIA) no

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

Hospital São Francisco Xavier (HSFX), que atende crianças e jovens dos zero aos 17 anos com problemas de saúde mental ou em situações de risco e ameaça à mesma, residentes nos concelhos de Oeiras e Cascais e em quatro freguesias de Lisboa (Ajuda, Alcântara, Santa Maria de Belém e São Francisco) (Ministério da Saúde, s.d.).

O SPSMIA realiza as suas funções desde 1999 intervindo a nível da prevenção, tratamento e reabilitação na área da saúde mental infantojuvenil, e atualmente conta com a participação de uma equipa multidisciplinar, constituída por: cinco médicos psiquiatras da infância e da adolescência, sete médicos internos de psiquiatria da infância e da adolescência, uma enfermeira especialista em saúde infantil, duas psicólogas clínicas, uma psicomotricista, uma assistente social, uma assistente técnica e uma assistente operacional – onde cada técnico reconhece as suas funções e a importância de se articular com os outros para se alcançar a qualidade pretendida para cada caso clínico – (Maia, 2011). Este trabalho desenvolve-se ainda em articulação com outras especialidades médicas como as restantes especialidades de pediatria, medicina familiar, psiquiatria de adultos, entre outras, bem como em articulação com a comunidade, envolvendo serviços sociais, escolas e jardins-de-infância, Equipas de Intervenção Precoce da Infância, projetos de intervenção psicossocial, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e tribunais (Maia, 2011). O serviço não dispõe de urgência e internamentos – realizados no Hospital D.^a Estefânia (Ministério da Saúde, s.d.).

Com base nas orientações do PNSM (2017), no SPSMIA no HSFX reconhecem-se três principais vetores de atuação: intervenção direta com as crianças/adolescentes e famílias, articulação com escolas e articulação com outros serviços e cuidados de saúde (Ministério da Saúde, s.d.; Maia, 2011).

O SPSMIA no HSFX conta com o funcionamento de Hospital de Dia, uma modalidade de resposta apoiada na multidisciplinariedade que permite o desenvolvimento de várias modalidades psicoterapêuticas adequadas a casos mais severos que necessitam de resposta e apoio prolongado (Goldschmidt et al., 2018). As intervenções podem ser organizadas entre várias valências (medicina, enfermagem, psicologia, psicomotricidade) favorecendo a articulação entre técnicos e a eficácia das mesmas (Maia, 2011).

No SPSMIA é dada importância à formação, uma vez que, é um dos raros locais que fornecem formação em saúde mental infantil, oferecendo estágios em Enfermagem, Psicologia Clínica, Serviço Social, Psiquiatria de adultos e da infância e adolescência, e Psicomotricidade, fornecendo formação aos seus estagiários e contando com a sua prestação de serviços que aumentam a qualidade e eficácia do serviço (Maia, 2011).

A mesma fonte indica que além da formação também se aposta na investigação e divulgação de conhecimento, e exemplo disso são os encontros organizados pelo SPSMIA que ocorrem de dez em dez anos. Os dois encontros até agora realizados contaram com os temas “Já fiz asneira – As alterações do comportamento na criança e no adolescente” e “20 Anos de Desafios – Multiplicidade de Olhares” e com partilha de informação e conhecimentos de vários profissionais da área.

Maia (2011) fundamenta a importância da existência de um serviço de saúde mental infantil pelo facto de na infância ocorrerem aquisições fundamentais essenciais ao desenvolvimento, que se não adquiridas podem conduzir a sequelas irreversíveis, tornando essencial a intervenção reabilitativa. Esta premissa serve também para realçar e validar a importância da prevenção e tratamento das perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência que interferem e se perpetuam para a vida adulta (Maia, 2011). A autora considera ainda que para uma intervenção mais rentável e o mais precoce possível é necessário diminuir a grande barreira do estigma social que envolve o acompanhamento em psiquiatria.

Com base na experiência de estágio, acrescento que neste serviço são realizadas semanalmente reuniões de equipa, nas quais são discutidos os casos mais graves e que necessitam de respostas terapêuticas mais eficazes. A possibilidade de assistir e participar nestas reuniões constituiu um forte complemento de formação, na medida em que pela primeira vez pude compreender concretamente o trabalho e os desafios de uma equipa multidisciplinar e pude aprender sobre estratégias de referenciação e articulação com outras entidades/ outros intervenientes externos ao serviço. O contacto direto com esta realidade resultou num aumento de segurança profissional, familiarização com termos técnicos que ajudam a uniformizar a linguagem entre os intervenientes e em agilização de competências de trabalho de equipa.

Além da discussão de casos, por vezes são apresentados temas de estudo, pelos alunos de medicina ou são apresentados projetos inovadores por técnicos da equipa, como e.g. grupos de pais e propostas de articulação com novos serviços comprovando-se o investimento na formação e inovação do serviço.

II.1.1.1 Intervenção Psicomotora no SPSMIA do HSFX

Segundo as considerações abordadas no capítulo anterior, conclui-se que a terapia psicomotora é recomendada a pessoas que, por qualquer situação, apresentem dificuldades no acesso ao pensamento, elaboração e/ou verbalização do mesmo, encontrando no corpo uma forma de expressão mais viável/favorável, com a qual é

possível trabalhar e desenvolver aspetos socio emocionais, cognitivos e motores (Martins, 2001b).

Com base na experiência de estágio foi possível perceber que no SPSMIA do HSFX, o encaminhamento para psicomotricidade pode ser feito por qualquer técnico da equipa que sinta/veja na criança ou adolescente necessidade e benefício numa intervenção ou avaliação deste tipo. Após o encaminhamento é realizada uma avaliação/observação psicomotora com o objetivo de se perceber se a criança ou adolescente apresenta de facto critérios para a intervenção e, caso presente, se planear o projeto pedagógico-terapêutico. Ao longo do processo terapêutico existe articulação com os médicos responsáveis pelos casos e/ou outros técnicos envolventes, a fim de se obter uma intervenção articulada e monitorizada entre as várias áreas como se defende na literatura. No momento da alta, o médico responsável pelo caso ou o técnico que efetuou o encaminhamento inicial são informados e participam na decisão de cessar ou não o acompanhamento.

As avaliações psicomotoras têm por base a recolha prévia de informação que consta nos processos clínicos de cada paciente, e são geralmente os médios pedopsiquiatras que procedem à recolha de informação anamnésica e realizam a primeira entrevista com a criança e família. Quando os casos são encaminhados para intervenções terapêuticas específicas cada técnico tem o seu momento de entrevista inicial com a família e com a criança, no qual pode optar por questionar acerca de aspetos mais específicos que ajudem a delinear o plano de intervenção.

Na literatura sugere-se que geralmente as sessões de psicomotricidade ocorrem com periodicidade semanal e têm duração recomendada de 45-60 minutos, consoante a resiliência e motivação da criança (Vecchiato, 2003). No entanto, a periodicidade ajusta-se consoante a gravidade dos sintomas apresentados, avaliada pelo terapeuta, bem como consoante a capacidade e disponibilidade do contexto familiar para assegurar a frequência e continuidade das sessões.

No ano correspondente ao estágio, a intervenção psicomotora foi feita exclusivamente em contexto individual, mas sessões em grupo já foram realidade no serviço. Segundo Costa (2005), a possibilidade de criar grupos terapêuticos e a utilidade da sua criação dependem dos casos e tipos de problemáticas que a justifiquem. Naturalmente, que também a capacidade logística e recursos do HSFX afetam essa possibilidade.

No SPSMIA do HSFX existe uma sala terapêutica (polivalente), um gabinete de enfermagem, seis gabinetes médicos, uma sala de reuniões e um secretariado. A sala polivalente é destinada à intervenção psicomotora e é maioritariamente utilizada pela

psicomotricista do serviço e seus estagiários. Contudo é também utilizada por outros técnicos quando se pretende uma observação mais ampla do comportamento e funcionamento da criança. Nesta sala reúnem-se condições de espaço e diversidade de materiais que permitem um leque alargado de possibilidades de experimentação e ação para as crianças e adolescentes tal como é indicado por Vecchiato (2003).

Como vimos no capítulo anterior, vários autores salientam a importância do espaço e, concretamente, dos materiais na intervenção psicomotora, afirmando que os objetos permitem à criança viver a sua realidade interna e externa como facilitadores da exposição das suas angústias, inibições, agressividade e desejos, sendo por isso a existência desta sala uma mais valia num serviço de psiquiatria de infância e da adolescência.

No SPSMIA, em terapia psicomotora, procura-se a existência de uma rotina de sessão que de forma genérica, com base no modelo de Vecchiato (2003) se pode constituir dos seguintes momentos: momento inicial de diálogo, rechamada de acontecimentos passados em sessões anteriores e planeamento da sessão consoante os interesses da criança; desenvolvimento das atividades que podem ser mais ou menos diretivas/estruturadas consoante a características da criança e geralmente constituem atividades lúdicas; e momento final da sessão que pode constituir em relaxação, arrumação do espaço e/ou diálogo. Segundo alguns autores, a rotinização das sessões é importante para a organização individual da criança e para o sentimento de segurança e confiança que se consegue através da previsibilidade (Vecchiato, 2003; Costa 2005).

Em intervenção psicomotora no SPSMIA não existe rigidez quanto aos métodos de intervenção serem mais estruturados/diretivos ou serem mais livres, deixando-se essa decisão ao critério do terapeuta que decide e adequa estratégias consoante as características de cada criança e consoante os objetivos delineados, como sugere Costa (2005) e (2008). O tipo de atividades desenvolvidas, segue as conceções teóricas abordadas, relativas à intervenção psicomotora em contextos de saúde mental infantil, que defendem a priorização da atividade lúdica e espontânea.

Também os métodos de intervenção com as famílias e escolas diferem das características específicas de cada caso, apesar de, em linhas gerais, a intervenção com a família ser feita em contacto direto, baseada na comunicação, *feedback* e apoio parental ajudando a família a desenvolver estratégias que promovam a melhor adequação da criança em casa e noutros contextos. O meio de intervenção mais usado no estágio foi a comunicação em contacto direto com as escolas (através de telefonemas e reuniões presenciais).

II.1.1.2 Rede de Cuidados - intervenção com famílias e outros contextos

Como vimos, a perspetiva sistémica adotada pela WHO (2001) remete para a importância da inclusão das famílias, escolas e outros contextos em todo o processo terapêutico. A articulação com os vários setores que contextualizam a vida da criança é fundamental para o alcance de intervenções o mais ajustadas e eficazes possível (Goldschmidt et al., 2014).

Como já referido, no SPSMIA existe uma forte ativação dos modelos de articulação com as famílias e outros contextos, sendo que todos os técnicos, na sua especificidade, procuram delinear objetivos e estratégias juntamente com os familiares e outros intervenientes diretos na vida das crianças.

Particularmente com as **famílias**, em intervenção psicomotora, essa articulação depende do diálogo e de entrevistas. No início e no fim dos acompanhamentos (fases de avaliação) são geralmente realizadas entrevistas à família, a fim de se conjugar a informação que consta das avaliações/observações médicas ou de outras áreas, e de eventualmente avaliações formais, com a informação recolhida neste contacto com os pais. Tal como defendem os autores da literatura, este momento deve servir para contextualização dos padrões comportamentais da criança, compreensão das atitudes dos adultos face à mesma, compreensão das dinâmicas familiares e educacionais e destaque das principais preocupações no que concerne ao comportamento e dificuldades da criança (Dias e Lima, 2014; Pinto de Freitas e Malpique, 2014). A entrevista com a criança serve para obter informações relativas à sua auto percepção, conhecimento dos seus interesses, dia-a-dia, preocupações, dificuldades, etcetera (Dias e Lima, 2014).

No que toca à intervenção com **escolas**, no SPSMIA, e mais concretamente na articulação que foi feita e assistida no estágio entre psicomotricistas e escolas, os métodos mais frequentes foram os de consultoria, com comunicação à distância e presencial, avaliação e observação e trabalho direto com as crianças e famílias, como consta nas indicações de Marques (2014).

No SPSMIA, a articulação com **outros cuidados de saúde** como centros de saúde, serviços de psiquiatria de adultos ou outras especialidades médicas, é geralmente realizada pelos médicos pedopsiquiatras responsáveis, havendo, no entanto, por vezes, a necessidade de outros técnicos (e.g. psicomotricistas) intervirem, por forma a articular mais eficazmente a informação. Essa articulação acontece de forma direta através de reuniões multidisciplinares ou contactos entre os vários técnicos, ou de forma indireta através de relatórios técnicos de observação ou avaliação como preconizado na literatura. Em contexto de estágio não foi elaborada articulação direta com outros cuidados de saúde, mas assistiu-se a este processo realizado por parte de outros técnicos.

II.2 Perturbações e Problemáticas atendidas no contexto de estágio

No SPSMIA realizam-se avaliações diagnósticas e acompanhamentos de inúmeras perturbações do foro mental, no entanto, neste relatório é apenas pertinente apresentar aquelas cuja psicomotricidade tem lugar como área de intervenção terapêutica de forma mais prevalente. Apesar de não existirem dados concretos e publicados sobre a prevalência das diferentes perturbações seguidas em psicomotricidade no SPSMIA, no ano correspondente a este estágio contactámos que as problemáticas mais frequentes eram as alterações de comportamento, agitação motora/hiperatividade e défice de atenção e problemas e/ou atrasos no desenvolvimento da comunicação.

Para o diagnóstico das perturbações psiquiátricas, recorre-se a manuais estatísticos de classificação das perturbações como o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* da WHO (2011) ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* da *American Psychiatric Association* [APA (2013)], nos quais se encontram classificadas as perturbações e descritos os critérios de diagnóstico.

No decorrer do estágio constatei que alguns médicos do serviço optavam pela classificação diagnóstica do ICD-10 enquanto outros pelo DSM-5 sendo que neste trabalho são apresentados os critérios do DSM-5 – estudado na FMH.

II.2.1 Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades na autorregulação, atenção e contenção comportamental, diagnosticada geralmente a partir da idade escolar, devido às maiores exigências sociais e académicas características desta fase, sendo, contudo, por vezes manifestada em idades mais precoces (Pardilhão, Marques e Marques, 2009; APA, 2013).

Segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013), a PHDA surge quando há um padrão persistente de hiperatividade/impulsividade e desatenção, manifestado por pelo menos seis sintomas de hiperatividade ou desatenção que ocorram durante seis ou mais meses, que interfere com o funcionamento e/ou desenvolvimento em mais do que um contexto de vida da criança.

Existem ainda três formas de classificação da PHDA, que englobam os sintomas de excesso de atividade motora, impulsividade e desatenção, e os agrupam em (APA, 2013; Lobo Antunes, Rodrigues e Jesus, 2018; Strecht, 2018):

- **Expressão predominantemente hiperativa (6 ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade):** excesso de atividade/ agitação motora,

impulsividade, dificuldade em cumprir regras, dificuldades de autorregulação comportamental

- **Expressão predominantemente desatenta (6 ou mais sintomas de desatenção):** dificuldades de atenção e concentração, distração constante, dificuldade em terminar tarefas, dificuldade na gestão do tempo, dificuldade em escutar e seguir instruções
- **Expressão mista:** os sintomas de desatenção e hiperatividade motora são ambos verificados em proporção idêntica.

As dificuldades inerentes à PHDA resultam de um funcionamento atípico no que respeita à regulação da atenção e do comportamento, originado por disfunções na regulação química de substâncias que permitem o normal funcionamento do cérebro, neste caso: a dopamina – hormona reguladora do comportamento, capaz de controlar os nossos impulsos, prever as consequências dos nossos atos e determinar o que é mais importante ou a ordem em que realizamos as tarefas (Lobo Antunes, Rodrigues et al., 2018). Os especialistas afirmam que as principais dificuldades das crianças com PHDA residem no funcionamento executivo (controlo inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva).

A PHDA surge na infância, mas tem prolongamento para as diferentes fases da vida sendo na infância (e em idades precoces) mais frequentemente caracterizada por excesso de atividade motora, impulsividade, desorganização comportamental (Lobo Antunes, Rodrigues et al., 2018; Strecht, 2018). Na fase escolar e adolescência verificam-se mais concretamente os primeiros sinais de desatenção repercutidos no desempenho escolar e desorganização/incumprimento na realização de tarefas (Lobo Antunes, Rodrigues et al., 2018).

Segundo estes autores a intervenção na PHDA combina o uso de fármacos com outras terapias e o foco está em capacitar a criança para o aumento do controlo inibitório e atenção e pode ser atingido através de estratégias comportamentais desenvolvidas com a criança e com adequações nos diferentes contextos que impeçam o surgimento dos sintomas, e.g. adequar as exigências às capacidades funcionais da criança (Strecht, 2018).

Strecht (2018) considera ainda que os diagnósticos de PHDA estão a aumentar devido a “má avaliação” das causas de hiperatividade e desatenção que surgem nas crianças e adolescentes. O autor afirma que há um impacto claro das exigências e pressões, que o ritmo dos dias de hoje incute na sociedade, no comportamento das crianças afirmando que o ritmo acelerado e as exigências elevadas prejudicam o funcionamento da criança – que encontra na atividade motora um escape e uma alternativa para gerir a sua ansiedade – levando a “falsos diagnósticos”.

II.2.2 Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

A PEA é também uma perturbação do neuro desenvolvimento, esta caracterizada por dificuldades a nível relacional (APA, 2013). Segundo a caracterização do DSM-5, as pessoas com PEA apresentam comprometimento na comunicação social (verbal e não verbal) e na interação social em múltiplos contextos, manifestando dificuldades na interpretação e reciprocidade socio emocional, nos comportamentos comunicativos não verbais, e dificuldades em desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além destas dificuldades são observados padrões restritos ou repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, caracterizados por (APA, 2013):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;
2. Adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento;
3. Interesses fixos e altamente restritos;
4. Hiper ou Hipo reatividade a estímulos sensoriais.

Tal como para outras perturbações, os sintomas acima referidos só constituem um diagnóstico de PEA, quando afetam significativamente o funcionamento do indivíduo em mais do que um contexto de vida (APA, 2013). A gravidade dos sintomas baseia-se nas implicações para a comunicação social e para os padrões comportamentais restritos consoante o nível de apoio requerido para tornar o individuo o mais autónomo e funcional possível (Lobo Antunes, Leitão et al., 2018).

É importante ter em conta que os sintomas devem estar presentes num período precoce do desenvolvimento, podendo contudo não se manifestar plenamente até que as exigências dos contextos excedam as capacidades da criança, ou podendo ainda ser mascarados por estratégias aprendidas ao longo do tempo (Lobo Antunes, Leitão et al., 2018). Devido à fraca capacidade de adaptabilidade e intolerância às mudanças, as diferentes etapas e marcos do desenvolvimento (e.g. entrada na escola) podem ser particularmente difíceis e constituir intensificação de sintomas (Lobo Antunes, Leitão et al., 2018).

Além da intervenção farmacológica, existem atualmente vários métodos de intervenção com as PEA, cada um com a sua evidência científica e com estratégias específicas com base na compreensão que se tem da perturbação. Por este motivo, recomenda-se que antes de iniciar uma intervenção com crianças com PEA se conheçam bem os métodos e a criança por forma a selecionar aqueles que melhor se adequam a cada caso (Lobo Antunes, Leitão et al., 2018). No contexto de estágio foi apenas utilizado um método específico – *DIR-Floortime* – que será mencionado no capítulo III.

II.2.3 Perturbações Disruptivas do Controlo de Impulsos e da Conduta

As Perturbações Disruptivas do Controlo de Impulsos e da Conduta envolvem dificuldades no autocontrolo das emoções e comportamentos que geralmente violam os direitos dos outros – e.g., agressão – e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade (APA, 2013). Dentro destas existem a Perturbação da Conduta e a Perturbação de Oposição e Desafio que são diagnósticos frequentes no SPSMIA reencaminhados para intervenção psicomotora.

Inerente aos sintomas destas perturbações estão a fraca capacidade de controlo de impulsos, manifestações frequentes de agressividade, fracas capacidades de resiliência e humor facilmente irritável. Pacientes diagnosticados com estas perturbações podem ainda evidenciar fraca empatia (frequentemente percebem mal as intenções dos outros e entram em conflito), insensibilidade e ausência de sentimentos de culpa, baixa autoestima e realização académica abaixo da média (Birras, 2014).

Os sintomas acima descritos são analisados e considerados consoante a idade em que ocorrem e a gravidade com que ocorre, uma vez que tanto a oposição como a agressividade são expectáveis em determinadas etapas do desenvolvimento em que a criança procura afirmar a sua identidade (Brazelton e Sparrow, 2003; Birras, 2014; Laureano e Pedroso, 2015). A manifestação dos mesmos sintomas em contextos alargados é um indicador da gravidade (ou até mesmo da confirmação, ou não) da perturbação (APA, 2013; Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

A intervenção pode ser farmacológica e/ou comportamental, incidindo na capacitação da criança para autorregulação, treino de competências de regulação emocional e treino de resolução de problemas (Nascimento e Lobo Antunes, 2018). Uma vez que Nascimento e Lobo Antunes (2018) consideram que a oposição e desafio não são um diagnóstico, mas antes um sintoma, recomendam que a intervenção tenha enfoque familiar e escolar, ao nível da mudança de atitudes dos adultos face à criança, apoio na interpretação dos comportamentos da criança e apoio na mediação comportamental.

II.2.4 Perturbação Depressiva

As Perturbações Depressivas caracterizam-se pela presença de humor triste ou irritável persistente, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2013).

Para compreender melhor o diagnóstico de depressão importa compreender a função da tristeza na proteção do indivíduo (Correia, 2014). A tristeza representa uma resposta ao sofrimento e ao desconforto de determinadas vivências que nos mantém

focados em nós mesmos até encontrarmos forma de alterar/equilibrar o nosso estado emocional face à vivência em questão, i.e., encontrar soluções para lidar com o que nos afeta (Correia, 2014; Alves e Lobo Antunes, 2018).

Como se tem referido, qualquer sintoma é avaliado consoante a sua duração, frequência e impacto, considerando-se sintoma patológico/ de psicopatologia quando é verificado em doses aumentadas e com impacto negativo em vários contextos. É precisamente o que acontece em relação à tristeza e depressão, que não sendo sinónimos são variações uma da outra (Alves e Lobo Antunes, 2018). A depressão acontece quando a tristeza ou irritabilidade (como sua manifestação) se tornam crónicas, persistindo durante longos períodos numa intensidade que prejudica a pessoa causando-lhe sofrimento, deixando-a num estado de apatia e sem capacidade de perspetivar e concretizar soluções ajustadas (Correia, 2014; Alves e Lobo Antunes, 2014).

Os estados depressivos ao longo do desenvolvimento tendem ainda a manifestar-se de formas diferentes consoante a idade, como explicam (Alves e Lobo Antunes, 2018):

- **Idade pré-escolar:** as crianças mais novas, por não terem ainda maturidade suficiente para elaborar a tristeza apresentam geralmente alterações gerais do comportamento e queixas somáticas como dores de barriga, cabeça ou cansaço;
- **Idade escolar:** as queixas somáticas apesar de mantidas tendem a diminuir. Os sintomas mais comuns nesta fase são a desmotivação, diminuição do rendimento académico e dificuldades nas relações interpessoais. A criança com depressão tende a isolar-se e a evitar atividades em grupo. Por estar irritável e desafiadora cria ou intensifica conflitos com os outros o que reforça o afastamento e perpetua os sentimentos de solidão e depressão.
- **Adolescência:** o adolescente com depressão tende a demonstrar sentimentos de inferioridade, culpabilidade, inutilidade e denegrição da sua imagem no geral. A irritabilidade fácil e níveis de negativismo e agressividade projetados para si e para os outros são bastante comuns na depressão nesta fase.

De um ponto de vista global, a depressão infantil ocorre quando a criança experiencia no seio familiar situações de rejeição, abandono, negligência ou abuso, associando-se esta perturbação aos processos de vinculação (Antony, 2009). Crianças com perturbação depressiva tendem a demonstrar fracas competências sociais, fraca autoestima e baixo desempenho em quase todas as áreas do funcionamento (Huttel, Kisxiner, Bonetti e Rosa, 2013).

A intervenção nas perturbações depressivas na infância deve dar especial enfoque à intervenção familiar, visto que crianças com depressão se enquadram tipicamente em

situações familiares onde reinam relações hostis, de rejeição ou negligência (Crujo e Marques, 2009). Intervenções psicoterapêuticas são também recomendadas e atribuiu-se ênfase à atitude de escuta empática e disponibilidade afetiva como facilitadoras na resolução deste tipo de problemáticas (Crujo e Marques, 2009). Segundo a mesma fonte, os casos mais severos a intervenção farmacológica é também uma realidade.

A compreensão das perturbações pedopsiquiátricas e do funcionamento das equipas de intervenção em casos de saúde mental infantil é importante para a justificação das decisões metodológicas adotadas na prática profissional.

III Realização da Prática Profissional

“Porque não é pela via da linguagem que eu hei de transmitir o que em mim existe. O que existe em mim não há palavra que o diga.” - Antoine de Saint-Exupéry In Cidadela.

Enquadradas as questões teóricas de relevância para a prática profissional, segue-se a descrição e justificação dos métodos de intervenção aplicados no estágio. Neste capítulo surge a descrição metodológica da intervenção psicomotora, a descrição, análise e reflexão dos casos acompanhados em co-terapia e em autonomia, bem como a descrição detalhada e reflexiva de um estudo de caso, onde se pretende apresentar de forma elucidativa o papel mediador do psicomotricista na intervenção terapêutica em saúde mental infantil.

III.1 Caracterização organizacional do estágio

O estágio compreendeu-se por períodos simultâneos de observação participada e intervenção autónoma, o que significa que desde o início até ao término do mesmo existiram intervenções em co-terapia com a orientadora local, a Dr.^a Lídia Martins nas quais a liderança terapêutica estava à responsabilidade da Dr.^a Lídia Martins, e existiram intervenções autónomas (com supervisão indireta da orientadora local). A par com a intervenção direta realizada com os pacientes foi ainda possibilitado por alguns médicos a observação de consultas e entrevistas médicas, que permitiu integrar melhor as funções e tipo de mediação feita pelo pedopsiquiatra bem como absorver estratégias de comunicação e avaliação (e.g. entrevista) com as famílias.

No âmbito académico foram promovidos encontros quinzenais de núcleo de estágio nos quais se investia na análise de casos e desenvolvimento de trabalhos científicos que serão descritos numa fase mais avançada deste relatório.

III.1.1 Cronograma das atividades de estágio

As atividades de estágio iniciaram-se a oito de outubro de 2018 e finalizaram-se a 25 de julho de 2019 como consta na tabela 1, abaixo representada. Neste período existiram interrupções de Natal (de 21 de dezembro de 2018 a sete de janeiro de 2019) e Carnaval (quatro e cinco de março). Nas férias letivas da Páscoa as consultas de psicomotricidade mantiveram o seu funcionamento habitual, mas algumas crianças não compareceram, como será mencionado nas descrições de casos.

Tabela 1. Cronograma das atividades de estágio

| Início | Avaliações iniciais | Intervenção | Avaliações finais | Termino |
|-----------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| outubro de 2018 | novembro - dezembro | janeiro - maio de 2019 | junho - julho de 2019 | julho de 2019 |

III.1.2 Horário das atividades de estágio

Tabela 2. Horário de estágio

| Hora | Segunda feira | Terça feira | Quarta feira | Quinta feira |
|-------|-------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| 08:30 | | | Caso E - A | |
| 09:30 | Caso A - MF | | | Caso 2 - DM |
| 10:30 | | | Reunião de Equipa | |
| 11:30 | Caso B - P | Caso 1 - V | | |
| 12:30 | | Caso C - DG | | |
| 13:00 | | | | |
| 14:00 | | Caso D - D | | |
| 15:30 | | | | Caso 3 - B |
| 16:30 | | Estudo de caso - E | | Caso 4 - G |
| 17:30 | Reuniões de Núcleo de Estágio | | | Caso 5 - MA |
| 18:30 | (quinzenalmente) | | | Caso 6 - MG |
| 19:30 | | | | |

O horário de estágio (tabela 2) foi sendo definido ao longo do primeiro semestre, tornando-se definitivo em janeiro de 2019 – data em que terminaram os encaminhamentos de casos para psicomotricidade. No total, o horário de estágio (excluindo as reuniões com o orientador académico) fez cerca de 22 horas semanais, 12 dedicadas a sessões, quatro dedicadas a reuniões de equipa e as restantes (entre sessões) dedicadas a funções de registo/planeamento de sessões, análise de processos e esporadicamente observação de consultas médicas. No âmbito académico as reuniões ocupavam cerca de oito horas mensais e fora das reuniões houve também necessidade de dedicar tempo à criação/desenvolvimento de trabalhos e projetos.

III.2 Procedimentos Metodológicos

Os planos de intervenção psicomotora no SPSMIA são elaborados consoante os dados de uma avaliação prévia, as necessidades mais emergentes a surgir nos diferentes contextos de vida da criança e os interesses e motivações da própria.

De seguida apresentam-se os procedimentos metodológicos relativos aos processos de avaliação e intervenção realizados em estágio.

III.2.1 Avaliação e Observação

No âmbito do estágio foi realizada observação psicomotora sistemática aquando os períodos de avaliação, utilizando-se instrumentos e grelhas de observação, e ao longo das intervenções foi também realizada observação não sistemática – no final das sessões eram elaborados registos de observação com base na anotação dos acontecimentos/comportamentos mais significativos ocorridos na sessão – como forma de registo das evoluções dos sujeitos e monitorização da intervenção. Estes registos permitiram, muitas vezes, uma autoavaliação das decisões tomadas enquanto terapeuta e a readequação dos projetos terapêuticos (e.g. repensar estratégias e objetivos prioritários em determinados momentos/fases).

As avaliações formais com utilização de instrumentos quantitativos sejam de aplicação direta à criança ou de aplicação indireta (por questionários preenchidos pelos cuidadores ou professores), apesar de importantes para o delineamento do perfil da criança, estão sujeitas a variantes externas que podem influenciar os resultados como subjetividade, a disposição do avaliador ou do avaliado, a motivação para as tarefas, clareza das instruções, entre outros, pelo que exigem alguma prática por parte do avaliador bem como a complementaridade com a observação direta e continuada da criança, i.e., a observação informal, em contexto de sessão ao longo de várias sessões (Dias e Lima, 2014). Note-se que por vezes as tarefas dos instrumentos podem representar dificuldades para a criança, e fazê-la confrontar-se com situações que lhe causam insegurança comprometendo, logo à partida, a sua motivação e consequente desempenho, ou até mesmo levá-la a recusar-se a realizar as tarefas como aliás se verificou na prática deste estágio.

III.2.1.1 Instrumentos utilizados

No decorrer da prática profissional foram utilizados instrumentos de referência a critério para proceder à avaliação das crianças nas fases inicial e final da intervenção (anexos 1, 2, 3 e 4). A seleção dos instrumentos teve em conta as características pessoais e

contextuais de cada criança, e a recolha prévia de informação anamnésica realizada pelos médicos pedopsiquiatra responsáveis, entrevista aos pais e à criança e observações formais – em contexto de avaliação – e informais – em contexto de sessão.

A utilização de diferentes métodos e instrumentos teve como principal objetivo possibilitar a recolha de informação (qualitativa e quantitativa) adequada ao funcionamento global de cada criança possibilitando a obtenção sistematizada dos perfis intra individuais.

Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (2010):

A Bateria Psicomotora é um instrumento de avaliação que permite aceder ao perfil psicomotor de crianças dos quatro aos 12 anos de idade, a fim de despistar dificuldades no desenvolvimento psicomotor e de aprendizagem (Fonseca, 2010).

Esta bateria reúne várias tarefas que avaliam os sete fatores psicomotores – tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina – cotadas de um (nível inferior) a quatro (nível superior) e que nos dão conta do nível de maturidade psicomotora da criança (Fonseca, 2010).

O resultado final da avaliação é obtido através da cotação média de cada fator: a cotação máxima da prova é de 28 pontos, a média é de 14 pontos e a mínima é de sete pontos (Fonseca, 2010). Assim, um perfil psicomotor superior ou bom (entre 22 a 28 pontos) – perfil hiperpráxico – é apresentado por crianças que não tenham qualquer tipo de dificuldades de aprendizagem; um perfil psicomotor normal (entre 14 a 21 pontos) – perfil eupráxico – é apresentado por crianças sem dificuldade de aprendizagem, que no entanto, apresentem um ou outro subfactor ainda imaturo; um perfil psicomotor dispráxico (entre nove a 13 pontos) – perfil dispráxico – apresenta já dificuldades de aprendizagem ligeiras, uma vez que crianças com este perfil revelam dificuldades de controlo, sendo notados sinais desviantes que se vão espalhar pelos vários subfactores; e, por fim, um perfil psicomotor deficitário (entre sete a oito pontos) – perfil apráxico – é obtido por crianças com dificuldades de aprendizagem (moderadas ou severas), que revelam sinais disfuncionais evidentes em múltiplos fatores (Fonseca, 2010).

Note-se que a BMP não é um instrumento de referência à norma, i.e., não se encontra padronizado para a população portuguesa, mas a sua utilização pode ter grande importância devido à informação psiconeurológica que fornece (Fonseca, 2010).

A seleção deste instrumento teve em conta características de crianças que aparentassem dificuldades visíveis na maturação psicomotora e no acesso às aprendizagens.

Behaviour Assessment System for Children (BASC), (Reynolds e Kamphaus, 1992):

A BASC é um instrumento de avaliação multidimensional e multimodal que permite aceder ao perfil comportamental de crianças e adolescentes dos quatro aos 18 anos de idade, através de questionários quantitativos (Reynolds e Kamphaus, 1992). Não se encontra padronizada para a população portuguesa, apesar de haver tradução portuguesa, mas constitui um método simples e eficaz de recolha e análise de informação. Inclui avaliação de componentes adaptativas e clínicas e divide-se em várias escalas que podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas e também estas se dividem em três faixas etárias – pré-escolar (quatro a cinco anos), crianças (seis aos 11 anos) e adolescentes (12 aos 18 anos) – (Reynolds e Kamphaus, 1992):

- Escala de autorrelato na qual a criança/adolescente (a partir dos oito anos) revela as suas emoções e perceções pessoais;
- Escalas para pais e professores que questionam sobre a frequência de determinados comportamentos da criança/ adolescente.

Cada escala deve ser preenchida por um único observador. A estas escalas deve associar-se a recolha anamnésica, bem como outros dados observados em contexto escolar e familiar (Reynolds e Kamphaus, 1992).

Para traçar o **perfil clínico/comportamental** da criança, os comportamentos são cotados segundo a sua frequência (0=nunca, 1=ocasionalmente, 2=frequentemente, 3=sempre, e verdadeiro ou falso na escala de autorrelato) e posteriormente são analisados nas componentes: **problemas de externalização** (agressividade, hiperatividade, problemas de comportamento); **problemas de internalização** (ansiedade, depressão e somatização); **problemas escolares** (problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem); **atipicidade e tendência para o isolamento**, variando algumas componentes entre escalas (Reynolds e Kamphaus, 1992). O **perfil adaptativo**, que correspondente às competências adaptativas, contempla: **adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo**. A escala de **autorrelato/ autoavaliação** divide-se em **desajustamento clínico, desajustamento escolar, ajustamento pessoal e índice de sintomas emocionais** e é preenchida com (V=verdadeiro e F=falso) (Reynolds e Kamphaus, 1992).

Na avaliação dos perfis clínicos – comportamentais – considera-se que os valores iguais ou superiores a 60 são indicadores de estado de risco e valores iguais ou superiores a 70 são clinicamente significativos. Nos perfis adaptativos a análise é feita de forma

inversa, i.e., valores iguais ou inferiores a 40 indicam risco e valores iguais ou inferiores a 30 são clinicamente significativos (Reynold e Kamphaus 1992).

A avaliação recorrendo à BASC foi ponderada quando se denotava contextos potencialmente exigentes ou desfavoráveis ou quando as queixas/preocupações relativas aos comportamentos das crianças sugeriam gravidade aumentada dos sintomas, sendo a intenção avaliar não só o impacto dos sintomas, mas também as diferenças entre contextos.

Diagnostic and re-education of handwriting problems (DRHP) de Stott, Moyes e Henderson (1984):

O DRHP foi concebido para avaliar aspetos da agilidade motora da escrita de crianças com pelo menos dois anos de aprendizagem da escrita. Os autores conceberam-no para avaliar dois tipos de erros: **erros de conceito e estilo** (letras incorretamente formadas ou ligadas, erros de espaçamento e alterações estilísticas) e **erros de controlo motor** (inconsistência da inclinação, inconsistência do tamanho da letra, alinhamento irregular, distorção ocasional da letra e tremor).

O instrumento compreende uma folha de registo que é dada à criança para escrever a fábula do leão e do rato. Deve pedir-se à criança exclusivamente para escrever a fábula no espaço de linhas destinado para tal, sem que se dê instruções ou pistas para o melhor desempenho possível. O tempo necessário para a concretização da prova ronda os 20 minutos, mas não existe tempo limite, uma vez que não se pretende medir a velocidade de escrita e deve transmitir-se isso à criança (Stott et al., 1984). Ainda assim, a cotação do tempo pode ser importante na consideração da cotação e deve-se ter em conta que em contexto de sala de aula a criança pode dispor de menos tempo, ou de tempo limite, para a execução de tarefas de escrita. Durante a aplicação, o observador deve estar atento à posição, postura, atitude e pega de escrita, anotando aspetos que lhe pareçam desviantes ou potencialmente prejudicadores da escrita, sem verbalizar qualquer comentário (Stott et al., 1984). A análise dos diferentes tipos de erros exige uma observação sistematizada que permita esclarecer sobre a origem de tais erros, sendo por isso fundamental que o observador registe as componentes observáveis anteriormente descritas (Stott et al., 1984).

A cotação é feita através da folha de registo diagnóstico onde são anotados os diferentes tipos de erros que são somados em cada subcategoria (Stott et al., 1984). O DRHP não se encontra padronizado para a população portuguesa, e segundo os autores a objetividade da sua cotação é dificilmente atingida por se tratar de uma avaliação sujeita a múltiplos fatores externos que podem fazer variar os resultados, como fatores culturais e

regionais, a familiaridade com o instrumento, os anos de escrita, modelos de ensino de escrita entre outros, devendo por isso ser olhado como instrumento de referência a critério (Stott et al., 1984).

Este instrumento foi utilizado devido a um pedido específico de avaliação da escrita.

Grelha de Observação Comportamental (GOC):

A GOC, desenvolvida nos núcleos de estágio da FMH coordenados pelo Professor Rui Martins e pela Professora Celeste Simões, é um instrumento orientador da observação que serve essencialmente como guia para o observador, não se apresenta normatizada para nenhuma população nem publicada, sendo por isso um instrumento de avaliação informal. Pode ser utilizada em formato *check list* ou escala de *likert*, e deve ser utilizada ao longo da intervenção como forma de monitorizar o desenrolar do processo terapêutico. Ambas as versões compreendem os mesmos domínios de avaliação, sendo que a grelha se divide em **aspetos gerais** – postura, apresentação e características ou sinais específicos – e **aspetos específicos da sessão** – comportamento, atitude face à tarefa, atitude face ao espaço, memória, comunicação, relações interpessoais e fatores psicomotores.

A GOC foi utilizada como forma de obter informação a critério com base nas observações realizadas em contexto de sessão. Não foi, no entanto, utilizada sistematicamente devido à sua extensibilidade tendo sido utilizada em três momentos: avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final. Como “substituição” deste instrumento, ao longo de todos os acompanhamentos foram feitos registos de observação com base num guia de “Observação Psicomotora – informal” (anexo 5) facultado pela orientadora de estágio.

III.2.2 Caracterização da Intervenção

Como foi caracterizado no enquadramento teórico da prática profissional e no enquadramento institucional, a intervenção era realizada em contexto individual e seguiu métodos pouco diretivos e assentes na atividade lúdica. Em casos de crianças muito “agidas” e com pouca capacidade de consciencialização introduziu-se relaxação com enfoque no toque e na contenção dos limites corporais para promover consciencialização. As atividades expressivas de cariz artístico como dramatização e desenho surgiam quase sempre espontaneamente e a pedido das crianças que sentiam satisfação nessas atividades. Por vezes a expressão gráfica foi incutida para promover desenvolvimento de competências de expressão, praxia fina e regulação comportamental e da atenção em tarefas de mesa. A dramatização surgia em situações de jogo simbólico e de *role play*.

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

De seguida apresenta-se a caracterização da população atendida e a descrição e reflexão de casos, onde se podem ver refletidos os procedimentos metodológicos da intervenção.

III.3 População Atendida

Na tabela seguinte apresenta-se de forma sucinta todos os casos acompanhados, fazendo referência à idade (no período de intervenção), sexo, problemática e assiduidade às sessões de cada criança. A assiduidade foi contabilizada a partir do início do estágio e é apresentada na forma: n.º de sessões realizadas/n.º sessões previstas.

Tabela 3. Caracterização da população atendida

| | Caso | Idade | Sexo | Diagnóstico/Problemática | Início | Fim | Assiduidade |
|----------------------------|----------------|-------|-----------|---|------------|------------------|-------------|
| Intervenção co-terapêutica | A | 7 | Feminino | Perturbação Regulatória das Emoções | 25/07/2011 | julho de | 32/35 |
| | B | 2 | Masculino | Em avaliação (suspeita de PEA) | 25/03/2019 | 2019 | 18/18 |
| | C | 8 | Masculino | Atraso no desenvolvimento da linguagem Agitação psicomotora | 09/11/2016 | 05/02/2019 | 13/14 |
| | D | 6 | Masculino | Dificuldades de Aprendizagem (DA) Perturbação Mista dos Comportamentos e Emoções (PMCE) | 23/11/2017 | julho de 2019 | 27/32 |
| | E | 5 | Masculino | PHDA | 07/12/2017 | | 33/35 |
| Intervenção autónoma | 1 | 9 | Feminino | PEA | 18/12/2018 | 16/07/2019 | 21/25 |
| | Estudo de caso | 8 | Masculino | PC | 25/10/2018 | 23/07/2019 | 30/35 |
| | | | | PHDA | | | |
| | | | | Perturbação Bipolar (PBP) | | | |
| | 2 | 8 | Masculino | Disgrafia PHDA (?) | 22/10/2018 | 27/06/2019 | 28/31 |
| | 3 | 8 | Masculino | PEA | 17/12/2018 | 25/07/2019 | 17/28 |
| | 4 | 8 | Masculino | PEA | 22/10/2018 | 25/07/2019 | 33/35 |
| | 5 | 11 | Feminino | PC e POD | 13/12/2018 | 28/03/2019 | 7/14 |
| | 6 | 10 | Feminino | PHDA Défice Cognitivo | 03/01/2019 | 18/04/2019 | 9/16 |

Nos subcapítulos seguintes é feita uma síntese reflexiva da minha participação enquanto co-terapeuta e são descritos os casos acompanhados em intervenção individual.

A descrição é feita individualmente, dado que não foram utilizados os mesmos instrumentos/ métodos de avaliação e de intervenção com todos os casos, atendendo-se às características individuais e contextuais de cada criança. Note-se que, para a caracterização dos casos foi necessário recorrer aos processos confidenciais do SPSMIA onde constam as informações anamnésicas e dos planos terapêuticos. Para manter o anonimato das crianças e famílias, evitando quebrar o princípio sigiloso que deve orientar

os técnicos de saúde segundo o Código de Conduta Ética da DGS (2015), não são transmitidas neste relatório informações de identificação, local de residência ou escola.

III.3.1 Acompanhamentos em co-terapia

Dos 12 casos acompanhados no estágio, quatro (A, C, D e E) foram acompanhados em observação participada/co-terapia com a Dr.^a Lídia Martins e um (B) com uma médica interna do serviço, não tendo havido, da minha parte, um papel de tomada de decisão nos processos terapêuticos. Na realidade, a maioria destes casos, à exceção do caso E, tinham já um histórico de acompanhamento em intervenção psicomotora, como se pode constatar na tabela 3, sendo a minha presença e participação um acrescento ao já estabelecido. Os processos de avaliação dos casos A, C, D e E foram realizados previamente à minha chegada.

A intervenção co-terapêutica com a Dr.^a Lídia Martins foi o primeiro contacto que tive com a realidade da prática profissional da terapia psicomotora em contexto de saúde mental infantil e constituiu um determinante fator de aprendizagem, na medida em que possibilitou observar “com um olhar mais distante” as relações terapêuticas, mediações comportamentais, estratégias adotadas e consequentes transformações ocorridas nos processos terapêuticos. Apesar de ter um papel menos “determinante”, por assim dizer, o co-terapeuta introduz-se na relação de forma participada e funciona como facilitador de relação e desbloqueio de processos (Zamignani, Kovac e Vermes, 2007). Com base nesta conceção a minha participação e envolvimento nas sessões foi total existindo um padrão de relação em tríade em todos os casos. À luz das teorias da vinculação a terceira pessoa tem função essencialmente no processo de sociabilização constituindo a ponte entre a relação dual (com a primeira pessoa) e a relação com o mundo, os outros (Soares, 2007). Nos processos de co-terapia esta função, apesar de ocorrer de forma natural, foi bem visível pois observou-se nas crianças aumento de competências sociais e em algumas, identificação e aliança comigo nos processos de socialização.

A base das intervenções foi a atividade lúdica e espontânea, que com a presença de uma terceira pessoa permitiu avanços no desenvolvimento social das crianças por permitir a introdução de jogo social e o desenvolvimento de competências de autorregulação relacionadas com o aumento de tempo de espera e respeito pelo outro. Para ilustrar esta realidade dou como exemplo os casos C e E, que apresentavam dificuldades ao nível do autocontrolo (controlo de impulsos) e onipotência nas relações que estabeleciam com os adultos. O C, cheio de ideias, iniciativa e desejo na relação (dual) e o D, mais distante na relação, mas com a mesma intensidade de ideias e atividade

espontânea. Com a existência de dois adultos na relação, e claro, recorrendo ao jogo e à simbolização das atividades expressivas das crianças, ambos começaram espontaneamente a mudar os seus perfis de relação, passando a incluir os outros nas suas iniciativas, respeitando e aceitando as ideias dos outros, tal como a vez dos outros, aumentando a colaboração e cooperação.

Com muitos destes casos que tinham já uma relação de afeto estabelecida com a Dr.^a Lídia foi também possível observar o processo de regressão-transgressão descrito por Vecchiato (2003), no qual as crianças, através da dramatização e jogo simbólico criavam situações que remetessem a fases de vida anteriores (e.g. nascimento) e à necessidade de serem cuidados pelo outro.

A intervenção co-terapêutica com a médica interna debruçou-se sobre um caso de uma criança com 24 meses sem competências de linguagem adquiridas e com dificuldades na comunicação, interação social e autorregulação. Neste caso a minha participação teve um papel mais relevante na avaliação e intervenção precoce. Dadas as dificuldades, apesar da idade precoce da criança, houve critérios para que ponderássemos um diagnóstico de PEA, e procedêssemos ao encaminhamento para terapias complementares como foi caso da Terapia da Fala. Uma vez que na literatura se identifica a primeira infância como o período mais crítico e vulnerável do desenvolvimento (Brazelton e Greenspan, 2002; Webster-Stratton, 2011), o encaminhamento e a iniciação da intervenção ocorreu o mais imediatamente possível.

O acompanhamento deste caso foi particularmente interessante uma vez que possibilitou o seguimento e participação na avaliação diagnóstica de uma perturbação do neuro desenvolvimento, ajudando-me a compreender melhor a criança, os seus contextos e a conhecer as medidas de apoio possíveis para este caso e semelhantes, bem como os processos de encaminhamento para outros técnicos (externos ao SPSMIA). Possibilitou também a aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente o modelo de intervenção DIR/floortime, que tem uma filosofia idêntica à psicomotricidade, com enfoque relacional, mas apresenta-se com conceções específicas para as perturbações da relação e comunicação (Caldeira da Silva, Pombo, Silva, Silva, Martins, Santos e Bravo, 2003). Greenspan defende a importância da atividade espontânea da criança, o envolvimento do adulto no brincar de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e o seguimento e continuidade das suas iniciativas, para estimular o desenvolvimento social da criança (Caldeira da Silva et al., 2003), que foram as conceções que serviram de base ao projeto terapêutico, em psicomotricidade, deste caso.

III.3.2 Descrição de casos acompanhados autonomamente

Os casos acompanhados em intervenção direta individual ou em co-terapia com a colega de estágio de Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, apresentam-se numa descrição detalhada e sequencial por terem exigido da minha parte maior responsabilidade e tomada de decisão. O caso selecionado para estudo de caso não se encontra descrito neste subcapítulo, pois será descrito no capítulo seguinte.

Nos processos de avaliação foi sempre realizada entrevista à família (acompanhante da criança) e à criança, com vista a compreender as principais preocupações relativas à criança, as dinâmicas familiares, os interesses, fantasias, motivações, preocupações e dia-a-dia da criança, para que se integrasse essa informação na avaliação e no planeamento dos projetos terapêuticos, como defendem (Dias e Lima, 2014).

O contacto com as famílias e escolas foi mantido ao longo dos acompanhamentos através de contactos frequentes com os acompanhantes das crianças onde era dada a ambas as partes possibilidade de esclarecer questões e dar feedback dos progressos da criança dos diferentes contextos. Com as escolas, salvo os casos mais graves, foi feita articulação através de contacto telefónico ou indireto pelo preenchimento de instrumentos de avaliação.

Caso 1: V, nascida a 17 de julho de 2009.

Vivia com pais e irmão mais velho – os pais encontravam-se a coabitar em processo de separação/divórcio: partilhavam espaço, mas alternavam as responsabilidades parentais semanalmente e não comunicavam entre si o que, segundo interpretação da médica, constituía um fator de destabilização e desorganização para a V. Na escola, segundo a professora, era boa aluna sem dificuldades académicas com bom rendimento e cooperante nas tarefas de sala de aula. No entanto, por vezes, adotava com alguns professores atitudes e comportamentos desafiantes e opositivos. Com os colegas tinha muitas vezes relações conflituosas e não aparentava ter amizades fixas e de referência. Para além da escola, fazia futebol como atividade extracurricular onde mantinha o mesmo perfil comportamental e social.

A V teve uma primeira consulta de psiquiatria da infância e da adolescência em novembro de 2018, por iniciativa da mãe, após ter interrompido acompanhamento noutra instituição, onde foi avaliada e seguida durante cerca de um ano. Essa avaliação concluiu que a V preenchia critérios de PEA (coincidentes com o antigo síndrome de Asperger) por rigidez no funcionamento cognitivo e comportamental, dificuldades acentuadas na

interação social, regulação emocional, compreensão de pistas sociais e resistência à mudança.

Motivo de encaminhamento: A mãe procurou acompanhamento para os filhos devido ao clima familiar e a alterações comportamentais que as crianças apresentavam. A primeira consulta médica foi realizada juntamente com a mãe, e em simultâneo o irmão teve uma primeira consulta acompanhado do pai com outra médica. Enquanto estagiária de psicomotricidade foi-me dada a possibilidade de assistir à consulta da V, com permissão da V e da mãe, assumindo um papel meramente observador (intervindo apenas se requisitada). No decorrer da consulta, que se dividiu em três momentos – um na presença da mãe e da criança, um só com a criança e outro só com a mãe – a V manteve uma postura ambivalente que tanto manifestava indiferença como procurava dominar a nossa atenção intervindo pela mãe ou após a mesma para ter uma última palavra, mostrando desde logo a sua tendência para o comportamento desafiante. Além destes momentos a V não apresentava discurso espontâneo e quando questionada diretamente apenas respondia “não” ou “não sei”. A mãe descreveu essencialmente dificuldades na interpretação de pistas sociais, dificuldades na interação com pares (inclusive com o irmão), crises de agressividade e oposição com manifesta dificuldade de compreensão das situações sociais e fraca capacidade de expressão verbal, sentidas em casa e na escola. Após a primeira consulta foi feito pedido de avaliação e acompanhamento em psicomotricidade em dezembro de 2018 por se ter concluído que seria a abordagem mais adequada e facilitadora para a criança, que não acedia facilmente ao diálogo.

Avaliação: Para complementar a recolha de informação e melhor compreender o perfil comportamental da criança, nas primeiras sessões de observação psicomotora procurou-se aplicar a BPM, no entanto, o protocolo deste instrumento não foi levado a cabo devido a falta de adesão por parte da V para a realização das atividades, não sendo possível tirar conclusões relativas ao seu perfil psicomotor. Devido à falta de colaboração por parte da V, utilizou-se GOC por contemplar vários domínios do funcionamento e permitir um registo de observação mais criterioso.

Durante as observações sistemáticas, a V demonstrou comportamentos desafiadores, testando constantemente o adulto com atitudes provocadoras (e.g. chamar nomes, dizer asneiras, atirar objetos ao ar), não aderiu facilmente às tarefas ou propostas do outro e não apresentava as suas sugestões. No entanto, apresentava capacidade de autorregulação mediante contenção verbal, e capacidade de organização e planeamento de atividades. Relativamente à adesão e/ou iniciativa para as tarefas, verificou-se grande desmotivação e recusa, manifestada sobre a forma de atitudes de oposição, o que se

associou ao facto de a V atribuir conotação negativa às sessões de psicomotricidade (e a todo o acompanhamento psiquiátrico em geral), como foi transmitido pela própria e pela mãe. Apesar da aparente desmotivação, a V persistia nas tarefas uma vez iniciadas.

Com base na informação previamente recolhida e na GOC, considerou-se que as principais dificuldades manifestadas pela criança eram a adaptação social, interação com os outros (perfil opositivo e desafiador), derivada de fracas capacidades de empatia e expressão de pensamentos e emoções. Na minha interpretação, estas dificuldades prendiam-se ao facto de a V apresentar uma fraca capacidade de organização interna (estruturação de limites e ferramentas para lidar com as suas emoções), possivelmente relacionada com experiências ambivalentes e pouco consistentes vividas no seio familiar.

Plano de Intervenção: Derivado dos resultados da avaliação baseada nas observações e informações pré-existentes, o intuito da terapia psicomotora foi a diversificação de interesses, o aumento do autoconhecimento e o aumento da adaptabilidade social.

Dado o perfil opositivo e a pouca iniciativa da criança, inicialmente foi utilizada mediação pouco diretiva, que desse segurança à criança para realizar atividades do seu conhecimento e agrado, sendo muitas vezes necessário recorrer ao diálogo e planeamento conjunto da sessão, para que a criança transmitisse os seus gostos. Procurou-se também a introdução de uma rotina de sessão que consistia em: momento inicial de diálogo e planeamento, execução das atividades e momento final de arrumação e diálogo. Por ser uma criança com aparente falta de autorreflexão os momentos de diálogo eram curtos e concretos, i.e., baseados nas representações concretas experienciadas na sessão. As atividades desenvolvidas consistiam em jogos funcionais, a criança tinha pouca atividade simbólica pelo que, muitas vezes, a terapeuta procurava atribuir significado às suas manifestações e iniciativas, mas sem que a criança fosse capaz de dar continuidade e elaborar/viver as representações simbólicas na sessão.

Evolução terapêutica: A construção da relação terapêutica com este caso, foi particularmente difícil. Mesmo com diferentes estratégias de mediação, que passaram pela imitação, liberdade/estruturação e utilização de objetos mediadores, a criança não conseguiu alcançar o nível de confiança na terapeuta necessário para o envolvimento no processo terapêutico, tendo até realizado um longo período (cerca de cinco sessões seguidas) de oposição passiva, no qual adotou o mutismo e o evitamento como forma de manifestação. Este período foi quebrado espontaneamente, após um jogo de destruição no qual a V manifestou prazer em destruir repetidamente as minhas construções, mas não houve recuperação total ou progressos na relação terapêutica após a sua ocorrência. Fora

do contexto de sessão, a V vivia dividida entre as opiniões dos pais, já que um era a favor do acompanhamento terapêutico e outro era contra, alegando que as sessões semanais podiam interferir com o rendimento escolar da filha, sem justificação significativa, o que não contribuiu para o envolvimento da V neste processo. Outro fator a destacar é a forte aversão que a V tinha aos ambientes médicos e terapêuticos.

É, contudo, importante referir que apesar da atitude opositiva, a V não se opunha a comparecer nem a permanecer nas sessões, aceitava toque e contacto, mostrando assim alguma vontade/necessidade na relação com a terapeuta. A utilização de objetos mediadores foi também um facilitador da interação, como preconiza Vecchiato (2003), uma vez que a própria criança, muitas vezes utilizava objetos trazidos de casa (e.g. jogos, relógio interativo) como intermediários da sua comunicação.

O caso da V e do irmão foram discutidos em reunião de equipa devido à gravidade do ambiente familiar em que estas crianças se encontravam. Foi então decidido avançar com sessões de psicoterapia conjunta os irmãos (que tinham uma relação hostil), com as médicas responsáveis de cada caso. A assistente social da equipa, especializada também em terapia familiar, interveio a fim de consciencializar os pais para os riscos aos quais sujeitavam os seus filhos, e capacitá-los para a mudança (que ocorreu no final do ano letivo).

Resultados: Após um curto período de intervenção psicomotora (de aproximadamente 5 meses) durante o qual ocorreram algumas faltas e o período de não adesão à terapia por parte da V, não foi realizada avaliação final formal, pois o processo evolutivo não foi permitido desenvolver os aspetos a que a terapia psicomotora se propunha, tendo-se investido durante todo o acompanhamento (quase) exclusivamente na relação terapêutica. Da apreciação global do acompanhamento, com base nos registos de observação não-sistemática e na GOC conclui-se que a criança manteve dificuldades na relação com o outro, falta de autorreflexão e empatia, manifestando frequentemente comportamentos de oposição “passiva” vs ativa com agressividade dirigida para objetos e, algumas vezes, para o adulto, sem capacidade para reconhecer as suas atitudes e fazer movimentos de reparação. Foi também notória a falta de diversificação de interesses e motivação.

Perante este quadro clínico mantinha-se a necessidade de acompanhamento em psicomotricidade, pelo que foi feita uma preparação prévia com a criança para a mudança de técnica de forma de facilitar a transição.

Caso 2: DM nascido a 18 de dezembro de 2009.

O DM é filho de pais separados e tem uma irmã mais nova, fruto do segundo relacionamento do pai. O ambiente e as relações familiares são estáveis e seguros.

A primeira consulta de pedopsiquiatria ocorreu em agosto de 2018 e deveu-se a dificuldades na escrita e dificuldades de comportamento, sentidas principalmente na escola, manifestadas por falta de concentração e necessidade de ser o centro das atenções (e.g. “responder pelos outros, interromper instruções ou discurso dos outros para os completar”). Em casa, segundo a mãe, o D era uma criança afetuosa, cumpridora, por vezes irrequieta e realizava as suas tarefas ainda que por vezes necessitasse de reforço para as concluir.

Motivo de encaminhamento: Foi feito pedido de avaliação em psicomotricidade, realizada pela Dr.^a Lídia Martins, para averiguar as dificuldades grafo motoras do DM, bem como as suas dificuldades de comportamento.

Avaliação: Através do DRHP verificaram-se notórias dificuldades grafo motoras (pela caligrafia, posição de escrita, pega incorreta do lápis e escrita com demasiada tensão/pressão), tendo-se diagnosticado uma disgrafia – dificuldade específica da aprendizagem que consiste em prejuízos na componente motora da escrita (Torres e Fernández, 2001; APA, 2013). Em contacto com a professora e com a criança (isoladamente), ambos sentiam que as dificuldades de escrita se intensificavam em momentos de maior pressão como testes ou passar apontamentos do quadro, o que indicava uma relação com o fator ansiedade.

Em outubro de 2018, ocorre mudança de técnico e mais tarde, a colega estagiária de licenciatura integrou também esta relação terapêutica.

Para complementar a avaliação foram aplicadas a BPM e a BASC, tendo a primeira revelado uma criança com perfil geral euprático e elevada fatigabilidade. As principais dificuldades surgiram nas tarefas de equilíbrio, controlo tónico-postural e praxia fina, o que se relaciona/interfere com as dificuldades de escrita que a criança manifestava. Na tarefa de desenho da figura humana, o D criou um desenho ligeiramente imaturo, com poucos pormenores e desproporcional, não expectável para a idade. O pouco investimento no desenho da figura humana sugeriu fraca imagem corporal, associada a baixa autoestima. Ao longo das tarefas foram observáveis sincinesias bocais e contralaterais – indicadoras de tensões tónico emocionais.

As escalas da BASC pais e professores indicaram uma criança com perfil hiperativo e tendência para ansiedade e atipicidade, com dados clinicamente significativos para a componente dos problemas externalizados. Nos perfis adaptativos não apresentou nenhuma componente em risco ou clinicamente significativa. Na escola o perfil clínico é

consideravelmente mais agravado sendo que os valores do perfil clínico se apresentavam todos elevados com as componentes de hiperatividade, agressividade, atipicidade e índice de sintomas comportamentais em valores quase extremos [78; 85]. Os dados clinicamente significativos para as questões dos comportamentos externalizados, os relatos obtidos dos dois contextos e alguns comportamentos de impulsividade observados em sessão sugeriam concomitância com uma PHDA.

Durante os períodos de observação, o DM mostrou ser uma criança simpática, sorridente e colaborante. Mostrou interesse nas tarefas e empenhou-se para alcançar bons resultados (mesmo não sabendo que estava a ser avaliado), ainda que por vezes indicasse cansaço ou vontade de desistência em algumas tarefas da BPM. Apresentou ainda diferenças comportamentais explícitas nos momentos estruturados vs livres, passando de uma atitude contida e controlada para uma atitude desinibida, espontânea e de excessiva expressão motora, manifestando clara preferência por atividades motoras e desafiantes tanto do ponto de vista motor, como cognitivo.

Nos contactos com a família e escola percebeu-se que o DM vivia em contextos muito exigentes e estruturados, principalmente na escola, relacionando-se esse facto a intensidade dos sintomas de hiperatividade, agressividade e externalização evidenciados (Lobo Antunes, Rodrigues et al., 2018). Os autores alertam para o facto de crianças com PHDA ou com tendência para manifestar alguns sintomas desta perturbação serem facilmente contaminadas pelas exigências dos contextos em que estão inseridas, levando muitas vezes a que os sintomas se intensifiquem ou diminuam com simples alterações nos mesmos.

Note-se ainda que, consoante as possíveis causas de disgrafia, neste caso considerou-se que a sua origem estivesse causas do tipo maturativo (derivadas possivelmente de prematuridade) e em fatores de personalidade e psicoafectivos (derivados de elevadas exigências contextuais) – elações corroboradas pela avaliação psicomotora e pela BASC (Torres e Fernández, 2001).

Plano de intervenção: Com base nas avaliações estabeleceu-se um plano de intervenção psicomotora com periodicidade semanal e curta duração para:

- Melhorar as competências grafo motoras como a pega do lápis, o controlo tónico postural e de pressão exercida na escrita e a reeducação da construção de algumas letras;
- Aumentar competências de controlo de impulsos;
- Diminuir a necessidade de domínio e exibição – aumentar a autoestima e segurança nas relações da criança.

Evolução: Na fase inicial do processo as sessões foram de cariz estruturado, focadas no desenvolvimento grafomotor e reeducação de escrita, mas uma vez associados os problemas grafomotores aos fatores hiperatividade e ansiedade, e atendendo ao facto de a criança só manifestar a sua impulsividade e défice de atenção em contexto livre, alterou-se para um padrão semiestruturado definido por uma rotina de sessão – diálogo inicial com planeamento da sessão, concretização das atividades, relaxação e momento de reflexão final – na qual a criança podia expressar e concretizar as suas iniciativas livremente. Os momentos inicial e final foram geralmente utilizados para promover atividades de expressão gráfica (escrita ou desenho).

Durante o acompanhamento o DM foi manifestando a sua personalidade revelando ser uma criança de fácil relacionamento com comportamentos e competências ajustados à idade e interesses diversificados. Como já referido, em contexto livre tornava-se desinibido, com iniciativa, tendência para impulsividade e agitação motora, mas sem desorganização. A desinibição comportamental era também acompanhada de algum exibicionismo – que se considerou uma necessidade de valorização, dado que o D vivia em contextos seguros, mas demasiado exigentes tanto em casa como na escola onde era frequentemente criticado e por vezes castigado devido à falta de atenção. No geral, a criança apresentava boas capacidades de controlo e autorregulação através de simples pistas verbais ou visuais dadas pelo adulto. Do ponto de vista da regulação emocional não de destacaram dificuldades, uma vez que a criança mostrou facilidade em expressar e compreender as suas emoções e as dos outros.

Ao longo do período de intervenção foi mantido contacto com a escola e família a fim de se monitorizar o processo de intervenção. Na escola, onde as dificuldades do D eram mais frequentes e impactantes, foi difícil alcançar plenamente os objetivos pretendidos a nível comportamental. Ainda assim no final do ano letivo a professora referiu melhorias na caligrafia e atenção, mantendo-se apenas as atitudes exibicionistas para com os colegas.

Resultados: Nas avaliações finais o DM mostrou maior motivação para as tarefas da BPM e obteve também melhores resultados, mantendo o perfil geral euprático, mas agora com maiores competências ao nível do equilíbrio e controlo tónico-postural. Manteve dificuldades na praxia fina e desenho da figura humana imaturo, mas do ponto de vista global o controlo motor melhorou e as manifestações tónico emocionais aquando a concretização de algumas tarefas diminuíram, o que pode significar que o fator ansiedade diminuiu e que a criança contém potencial para melhorar competências que ainda estejam em fase de desenvolvimento.

Na aplicação do DRHP esteve também empenhado, mas excessivamente controlado e perfeccionista, demorando aproximadamente 20 minutos para a concretização da tarefa – o que não acontece geralmente em contexto escolar. Desta forma, os resultados foram positivos, mas teria sido importante consultar os cadernos diários do DM e comparar os últimos apontamentos com os do primeiro período, o que não foi possível uma vez que a criança se ausentou para férias e não compareceu às últimas consultas. O instrumento revelou que o DM adquiriu competências de escrita da maioria das letras, conseguindo escrevê-las de forma correta, i.e., iniciando e terminando a letra na posição e orientação certas, num tamanho aceitável e com caligrafia legível. Manteve algumas dificuldades na escrita de letras ascendentes e descendentes (e.g. b,d,p,q,t) não obedecendo às regras de tamanho e construção das mesmas e na união/separação de certas letras, mas sem erro padronizado. A organização, coerência e elaboração do texto ficaram um pouco abaixo das expectativas para uma criança do terceiro ano, com as elevadas competências cognitivas e inteligência manifestadas pelo DM.

Os questionários finais da BASC também revelaram de ambas as partes melhorias consideráveis nos perfis clínicos, com diminuição dos sintomas de hiperatividade, agressividade e atipicidade, sendo que outros sintomas também diminuíram, mas de forma menos impactante. Na perspetiva da professora, na avaliação inicial com bastantes índices clinicamente significativos, todos os sintomas diminuíram deixando de haver comportamentos com valores clinicamente significativos. No entanto os sintomas referidos ainda se encontravam em risco (pouco elevado).

Tendo em conta que os objetivos foram maioritariamente alcançados e uma vez que a criança dispunha de bons e múltiplos recursos individuais e ambientais, não apresentando critérios suficientes de sintomatologia coincidente com alguma perturbação mental ou do neuro desenvolvimento, considerou-se que havia condições para cessar o acompanhamento em psicomotricidade.

Para ajudar a manter as competências adquiridas, continuar a promover o desenvolvimento de algumas delas e potencializar o desenvolvimento de autoconceito positivo, diminuindo a necessidade de valorização externa (manifestada por atitudes exibicionistas) foi recomendado que se diminuíssem as exigências dos contextos casa e escola e se valorizasse o empenho do DM durante a tarefa e não o resultado final. Tanto a família como a professora, compreenderam que desta forma poderiam ajudar a melhorar o relacionamento interpessoal da criança com impacto positivo no comportamento e funcionamento em sala de aula.

Caso 3: B, nascido a 26 de setembro de 2009.

O B é segundo filho de um total de três e é seguido no SPSMIA do HSFx desde fevereiro de 2018.

Desde 2014 que fora acompanhado em psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional (fora do SPSMIA) devido a sintomas coincidentes com uma PEA (preenchendo o antigo quadro de Síndrome de Asperger), nomeadamente fraca tolerância à frustração, ansiedade/frustração perante situações imprevisíveis, dificuldades na interação social, interesses restritos e rigidez cognitiva. Segundo os relatórios técnicos destes serviços e a opinião da família, estes recursos foram benéficos e fundamentais para o desenvolvimento do B, pelo que já não se mantinham, à exceção do acompanhamento psicológico familiar realizado mensalmente.

Em fevereiro de 2018 é encaminhado para o SPSMIA devido a queixas comportamentais relacionadas com crises de agressividade física e verbal em momentos de contrariedade, agitação motora e dificuldade (recusa) no cumprimento de regras e tarefas escolares. Perante este perfil, na escola enquadrou-se a criança no Decreto-Lei 54/2018 com medidas seletivas, e procurou introduzir-se medicação para ajudar nos mecanismos regulatórios – sem adesão por parte da família.

Motivo de encaminhamento: Em dezembro de 2018 a médica responsável encaminha o caso para psicomotricidade na tentativa de proporcionar à criança aquisição de competências de autorregulação e autocontrolo, flexibilização cognitiva, identificação e expressão emocional.

Avaliação: Através de uma entrevista realizada ao pai, percebeu-se que em casa, os sintomas que preocupavam a família eram a irrequietude “só está calmo a fazer o que gosta” sic e a fraca capacidade de lidar com a frustração. O contexto familiar (e.g. interações e rotinas) foi pouco descrito pelo pai – que o acompanhava sempre às sessões e consultas médicas – e o contacto com a família não foi sempre facilitado, uma vez que não foi possível conhecer a mãe e o pai nem sempre foi colaborante, dificultando a recolha de informação referente a este contexto. Apenas foi possível saber que o B. vive com ambos os pais, um irmão mais velho, também seguido no SPSMIA pela mesma médica, e uma irmã mais nova em idade pré-escolar.

Na escola, o B frequentava o segundo ano de escolaridade, com aparente facilidade em consolidar aprendizagens académicas, mas as suas dificuldades de interação e autorregulação em sala de aula eram consideradas graves (em frequência e intensidade), comprometendo a sua aprendizagem e a dinâmica da turma, levando-o a ausentar-se frequentemente deste contexto (para a sala de ensino estruturado). Esta informação foi recolhida através de relatórios escolares e de registos médicos.

No período de observação que foi registado pela GOC, o B mostrou-se uma criança colaborante, afetuosa, mas pouco sorridente e carente, com procura ativa de contacto e interação com o adulto e.g. chamar para brincar, pedir ajuda, dar e pedir abraços. Do ponto de vista social, demonstrou contacto indiferenciado, mas aparentou compreender regras básicas de interação social como cumprimentar, não invadir o espaço pessoal do outro e responder ao chamamento do seu nome, estabelece espontaneamente contacto ocular aquando uma interação, tem discurso perceptível, organizado, mas monótono, por vezes fantasiado e com algumas idiossincrasias linguísticas e.g. inventar palavras. O comportamento exploratório era um pouco desorganizado e inibido já que a criança mostrava preferências por certos materiais e atividades que já conhecia fixando-se nestes interesses. Por vezes explorava os materiais de forma sensorial primária, cheirando-os mesmo quando já estava familiarizado com determinado objeto. O B mostrava preferência por atividades estruturadas (previsíveis) com algum desafio cognitivo lógico matemático demonstrando boas capacidades de raciocínio, memória e cálculo.

Note-se que apesar de colaborante o B não mostrou interesse pelas atividades de alguns instrumentos propostos, como BPM e Desenho da Pessoa (DAP), não tornando possível nem viável a aplicação dos mesmos.

Para complemento da avaliação foi enviada a BASC para pais e professores que, não foi devolvida por parte da família e na escola foi preenchida por três professoras, não respeitado o pré-requisito de “preenchimento por apenas um observador”. Apesar disso, a escala foi analisada (em maio de 2018 – altura em que foi reenviada pela escola) e revelou que a criança se encontrava num caso de risco e clinicamente significativo para a maioria das componentes avaliadas. No perfil clínico, os valores clinicamente significativos correspondiam à hiperatividade, agressividade, componente de problemas externalizados, depressão e índice geral dos sintomas comportamentais. As componentes em risco eram os problemas de comportamento e a componente de problemas internalizados e os restantes encontram-se perto dos valores de risco [51; 59]. O perfil adaptativo, à exceção da componente liderança apresentava também valores em risco.

Em março de 2018 foi realizada uma reunião com a médica responsável e com a professora de ensino especial, que referiu muitas dificuldades por parte da criança, ao nível da autorregulação e ajuste social. O B recusava-se a fazer a maior parte das tarefas e adotava muitas vezes comportamentos desajustados (e.g. “comer borrachas ou aparas de lápis”, “levar materiais da escola para casa sem pedir e sem devolver”, “sons e vocalizações descontextualizados e sem significado”) e comportamentos agressivos (e.g. bater nos colegas e adultos, estragar material) quando contrariado. Contudo, a professora garantiu

que em contexto individual e com estímulo o B demonstrava competências para as aprendizagens, era uma criança inteligente, com muito boas capacidades de memória (retenção) e raciocínio e fazia aquisições facilmente.

Plano de intervenção: Dado este perfil comportamental traçou-se um plano de intervenção psicomotora de periodicidade semanal com o objetivo de promover um melhor ajustamento social, melhor funcionamento executivo – aumentar capacidade de autorregulação e espera e aumentar flexibilidade cognitiva – e melhores competências sociais. Esta intervenção contou com a participação co-terapêutica da colega de estágio de licenciatura (que esteve presente desde fevereiro de 2018), o que facilitou principalmente o desenvolvimento de competências de autorregulação como o aumento de tempo de espera e flexibilização cognitiva. A relação terapêutica entre criança e terapeutas foi facilmente estabelecida, observando-se no B desinibição no contacto social e que procura ativa de contacto e afeto do adulto.

As sessões de psicomotricidade compreenderam alguns períodos de interrupção, como as férias letivas, bem como algumas faltas e desmarcações por parte da família. Apesar de o B ter aderido, desde início, bastante bem à terapia, foi preciso ser trabalhada a adesão da própria família, que não se vinculou, como desejável, às sessões de psicomotricidade e consultas médicas de pedopsiquiatria, comprometendo o processo terapêutico e a evolução do B.

Evolução: Inicialmente, pelo facto de a criança mostrar preferência por atividades estruturadas as sessões foram de cariz semiestruturado: procurou-se a interiorização de uma rotina com momento inicial de diálogo e planificação da sessão, tempo para as atividades e momento final de arrumação e despedida; as atividades e os materiais eram escolhidos pela criança. Progressivamente, procurámos tornar as sessões menos estruturadas, conduzindo a criança para atividades mais livres e espontâneas – em jogo simbólico – que lhe permitissem manifestar, simbolizar e satisfazer/transformar as suas necessidades e conflitos internos. O B aderiu a estas atividades, mas mantinha preferência pelos seus interesses (restritos), muitas vezes trazendo para a sessão o desejo de recriar no plano concreto e real os jogos que jogava no computador (e.g. *fortnite*, *geometry dash*), através de representações no papel. Nestas alturas o B distanciava-se da relação com as terapeutas, sendo necessário da nossa parte fazer movimentos de aproximação e criar novos interesses a partir das iniciativas da criança, como por exemplo construir no plano real as representações feitas no papel pelo próprio e levá-lo a superar os desafios do jogo na primeira pessoa, i.e., no papel de personagem real.

Ao longo do período de intervenção foi possível constatar algumas mudanças e evoluções no B nomeadamente ao nível da capacidade de autorregulação e aumento do tempo de espera – o B aumentou capacidade de respeitar a vez e o tempo do outro, não se desorganizando em tempo de espera, nem exigindo constante atenção. Estas modificações foram também referidas pela professora de educação especial. Ao nível da flexibilização de interesses, também se assistiu a transformações, uma vez que o B se permitiu a experimentar atividades novas e começou a aceitar sugestões do outro.

Resultados: Não foi realizada uma avaliação final formal, uma vez que a avaliação inicial não foi bem conseguida, não havendo possibilidade de comparação de resultados. No entanto, com base em registos da GOC, e das observações decorridas ao longo de todo processo, e atendendo ao *feedback* dado pela escola, entendeu-se que houve resultados positivos e com impacto na escola, decorrentes das sessões de psicomotricidade. Apesar da evolução a necessidade de intervenção com a criança e apoio à família mantinham-se e, por este motivo, foi feita transição de técnica na última sessão de psicomotricidade na qual o B e o pai conheceram a Dra. Lúcia Martins que deu seguimento ao caso.

Caso 4: G, nascido a 28 de março de 2010

O G foi diagnosticado com PEA e acompanhado em psicomotricidade no HSF, desde outubro de 2017, encaminhado devido a dificuldades de interação social, interesses restritos e fracas capacidades de autorregulação e tolerância à frustração manifestadas em contexto familiar e escolar. Entre outubro de 2017 e julho de 2018 foi seguido em psicomotricidade pela psicomotricista Constança Varela, tendo neste percurso aderido positivamente à terapia e alcançado aquisições do ponto de vista social e de regulação, mantendo, no entanto, necessidade de dar continuidade à terapia.

Avaliação: Através da entrevista realizada ao pai, obteve-se que em casa, surgiam preocupações relacionadas com dificuldades de autonomia e mantinham-se as preocupações relativas ao fraco controlo emocional e às dificuldades nas relações sociais, particularmente com o irmão mais novo, o qual o G rejeitava e ignorava.

No ano letivo antecedente, o G passou por algumas dificuldades de integração social que prejudicaram o seu interesse na escola e, por consequente, o seu desempenho académico, levando os pais a considerarem (e concretizarem) mudança de escola. Através da entrevista realizada pela Dr.^a Lúcia Martins ao pai, obteve-se informação de que deste contexto emergiam também preocupações no que concerne às relações sociais com os pares (que eram praticamente inexistentes ou conflituosas quando existiam). Contudo, ao

nível das aprendizagens, o G apresentava facilidade na aquisição de competências académicas e motivação, sendo a sua área forte a matemática.

Da última avaliação psicomotora datada de julho de 2018, realizada através da BPM, destacam-se dificuldades no equilíbrio estático, autoimagem e imitação de gestos (noção do corpo) e praxia fina. Por já haver registos de observação sistemática (GOC e BPM), feita à criança, com menos de seis meses, optei por usar a informação desses registos como avaliação inicial e conjugar com os conteúdos recolhidos através da entrevista ao pai e observações informais do início do acompanhamento.

Nas primeiras observações destacou-se que o G se apresentava como uma criança simpática e sociável, com algumas dificuldades na expressão verbal – ao nível da articulação e da organização e coerência do discurso (verborreia) – e na regulação emocional, com muita dificuldade em aceitar sugestões/iniciativas do outro acompanhada de uma grande necessidade de manipulação e competitividade, e dificuldade em tolerar a frustração, acabando por desistir das interações e/ou das tarefas quando contrariado ou quando encontrava no outro alguma rigidez (incompatível com as suas idealizações).

No decorrer das primeiras observações foram surgindo as manifestações de todas as dificuldades já mencionadas, bem como dificuldades ao nível da escrita e expressão gráfica (sinais de disgrafia e disortografia). Estas últimas implicavam no G uma rejeição e frustração por tarefas que envolvessem escrita ou desenhos. Alguns interesses restritos foram manifestados pela preferência por determinados jogos e conteúdos de animação que o G tentava com muita frequência transportar para as atividades que fazíamos. Por outro lado, o G manifestava também elevadas competências ao nível da compreensão, raciocínio lógico matemático e memória. Do ponto de vista motor, verificava-se muita atividade de forma organizada (não irrequieta), alguma descoordenação motora e pouca agilidade, e um grande interesse por atividades motoras e com intensidade de movimento.

Plano de Intervenção: Dadas estas características e as necessidades apontadas pela família, os objetivos a ser desenvolvidos em intervenção psicomotora foram:

- aumento da flexibilização cognitiva - aumentar interesses e promover a aceitação das propostas do outro e envolvimento nas atividades/tarefas sociais e escolares;
- aumento da capacidade de autorregulação – diminuir as reações de frustração através do aumento da flexibilidade cognitiva, modelar o comportamento da criança através de imitação e reciprocidade;
- promoção de autonomia – capacitar a criança para tarefas simples (e.g. fazer/desfazer nós) e aumentar a sua autoconfiança através do reforço positivo pelas pequenas conquistas;

- aumento da capacidade de expressão verbal – melhorar a organização, sequencialização e seleção de ideias, para diminuir verborreia.

Estes objetivos foram trabalhados semanalmente durante oito meses, em contexto de sessão semiestruturada e em co-terapia entre as duas estagiárias de psicomotricidade.

Evolução: O facto de as sessões serem semiestruturadas/semi-diretivas permitiu à criança a manifestação dos seus interesses e concretização das suas iniciativas, num ambiente contendor, de interação e reciprocidade entre três intervenientes, onde se procurou sempre uma dinâmica de grupo coesa e equilibrada dando espaço e oportunidade às iniciativas de todos. Desta forma foi possível melhorar o funcionamento executivo do G aumentando especialmente a sua flexibilização cognitiva. No período inicial era dada prioridade à iniciativa da criança, para estimular a sua participação, como defende Costa (2005), mas com o decorrer do tempo, à medida que a relação terapêutica ganhava suporte e estabilidade, fomos introduzindo alguma rigidez e mais contenção como forma de reorganizar a criança e levá-la a experimentar as sugestões do outro para prolongar a interação com o mesmo. Consequentemente foi também possível distanciar a criança da necessidade de competição e introduzir jogo livre e simbólico nas sessões.

Ao longo do processo terapêutico o G melhorou consideravelmente os aspetos de autorregulação e flexibilidade cognitiva, mostrando-se muito mais disponível para as propostas do outro, com poucos e curtos períodos de frustração e menos tentativas de manipulação, mostrando-se mais disponível para novas experiências e deixar-se guiar pelas iniciativas dos outros. Ainda demonstra dificuldade em perder, mas está menos competitivo permitindo-se jogar sem ganhar ou perder e sendo capaz de aceitar um empate. Relativamente à autonomia, foi observável uma diminuição da dependência do outro para lidar com as dificuldades – e.g. o G tornou-se capaz de pedir ajuda sem desistir da tarefa e sem pedir ao outro que fizesse por ele, como habitualmente acontecia.

Resultados: Na avaliação final, aquando a aplicação da BPM e GOC, em julho de 2019, o G esteve sempre motivado e empenhado nas tarefas, colaborante, organizado e sem períodos de fadiga, desistência ou frustração. Manteve algumas dificuldades de equilíbrio estático, mas não de forma acentuada e no equilíbrio dinâmico obteve-se uma melhoria. Na noção do corpo, melhorou na tarefa de autoimagem, mantém dificuldade de imitação de gestos, desenho da figura humana e reconhecimento direita esquerda quando é necessário cruzamento da linha média do corpo ou quando o reconhecimento é feito no outro (reversível). Nas provas de estruturação espaciotemporal obteve piores resultados na tarefa de representação topográfica e estruturação rítmica, onde mostrou fraca capacidade de recriação de ritmos e dificuldade em focar a atenção apenas no estímulo

sonoro. Manteve dificuldades ao nível da praxia fina, com um nível de agilidade muito baixo e desmotivação nas tarefas de expressão gráfica. Os desenhos eram imaturos e a letra pouco legível, mas o G já não recusava constantemente tarefas de expressão gráfica compreendendo-se neste facto um avanço terapêutico. Apesar da avaliação psicomotora revelar algumas dificuldades, a criança encontrava-se globalmente num perfil eupráxico. O melhoramento global do perfil psicomotor indicou que o G tem potencial para desenvolver competências em falta e que a intervenção psicomotora teve impacto positivo no seu desenvolvimento global, que se repercutiu em aumento da autoestima e consequente melhoramento de competências funcionais e sociais registadas pela escola e família, tal como defendido por Fonseca (2010, 2012).

No final do acompanhamento foi feita nova entrevista à família, desta vez com a presença de ambos os pais e foi pedido o registo escolar das avaliações finais do G, com os resultados desempenho académico e apreciação global do seu desenvolvimento e empenho. Os pais relataram grandes melhorias em casa na relação com o irmão, aumento da tolerância e diversificação de interesses. Na escola também houve um progresso significativo, segundo os pais e segundo o registo da professora, no que toca às relações com os pares, i.e., diminuição da isolamento e à motivação escolar. O G iniciou também uma atividade extracurricular (futebol) que segundo os pais ajudou a melhorar as suas competências sociais.

Dado este quadro de melhorias significativas em múltiplos contextos de vida da criança, a necessidade de acompanhamento em terapia psicomotora já não se verificava. Contudo, frisando a importância de manter as aquisições feitas ao longo do ano letivo e continuar a estimular a criança no sentido da socialização, foi sugerido à família que continuasse a investir no desenvolvimento social do G mantendo-o em atividades extracurriculares do seu interesse, que fomentem a interação com os pares e potenciem outras competências cognitivas e motoras, ajudando a promover um desenvolvimento global positivo e harmonioso. Foi também recomendado acompanhamento em terapia da fala a fim melhorar os aspetos que prejudicavam a comunicação verbal da criança, como as dificuldades de articulação de certas palavras.

Caso 5: M, nascida a 17 de janeiro de 2007.

A M, iniciou acompanhamento no SPSMIA em agosto de 2012, com cinco anos, devido a irrequietude, alterações do sono e suspeitas de maus tratos sofridos por parte do pai. Nesta altura foi diagnosticada com Perturbação Mista dos Comportamentos e das Emoções e Perturbação de Oposição e Desafio, necessitando de terapia farmacológica, terapia psicomotora em contexto individual e consultas de psiquiatria familiares.

Segundo os registos do acompanhamento em terapia psicomotora, que durou aproximadamente um ano letivo, a M era uma criança extremamente agitada, com fracas competências de autorregulação e a evolução do processo terapêutico foi irregular apesar de se terem registado mudanças positivas no comportamento da M. Contudo as mesmas não se consideraram significativas nem totalmente consolidadas, uma vez que a criança apresentava elevada instabilidade emocional e experienciava um contexto familiar também instável e desorganizador que não permitia o *transfer* das competências adquiridas em terapia.

Segundo consta no processo da criança, tendo em conta este desfecho, a M ingressou no 1.º ciclo e foi referenciada para outra instituição onde foi acompanhada em regime psicopedagógico, psicomotricidade e psicologia durante este ciclo de ensino. A situação familiar manteve um padrão desorganizador para a M, que via o pai esporadicamente, cada vez com menos frequência, e este não procurava manter contacto com ela nos períodos em que não a via. A relação no agregado familiar, composto pela M, mãe e avó materna era pouco estável, e a mãe apresentava muitas vezes incapacidade para gerir e conter as atitudes, emoções e comportamentos da filha. Na escola, a criança mantinha as mesmas dificuldades a nível emocional e comportamental, mas foi sendo capaz de dar resposta às exigências escolares e fazer aquisições, mostrando um bom nível cognitivo.

Motivo de encaminhamento: Por questões de organização de funcionamento interno da instituição em questão, quando ingressa para o 2.º ciclo, com onze anos (mantendo as suas dificuldades) a M regressa ao SPSMIA onde é feito novo plano terapêutico que inclui terapia psicomotora e farmacológica. A farmacoterapia não é aceite pela criança nem pela mãe.

Avaliação: A avaliação contou com a aplicação da BASC e GOC. Relativamente aos questionários da BASC, o questionário enviado para a professora não chegou a ser devolvido, e o questionário de autorrelato não foi concluído pois a M criou aversão ao mesmo e rejeitou concluí-lo. A escala preenchida pela mãe foi devolvida em março de 2019 e revelou um perfil clínico com índices clinicamente significativos nas componentes dos problemas externalizados e depressão e os restantes valores, à exceção da ansiedade, eram também elevados indicando risco. O perfil adaptativo situava-se também em situação de risco ou clinicamente significativa para adaptabilidade e índice de competências adaptativas (respetivamente), estando as restantes competências em valores normativos.

A avaliação formal ficou então comprometida, pelo que a GOC foi o recurso mais viável para monitorizar e registar com critério as observações iniciais. Ainda assim nem

todos os campos desta grelha foram possíveis de observar e registar, nomeadamente no que toca ao domínio psicomotor.

Das observações iniciais foi possível reter que a M mantinha a labilidade emocional, era uma criança pouco colaborante – colaborava apenas quando motivada ou por interesse – com curtos períodos de atenção e uma forte tendência para a desorganização não conseguindo controlar os seus impulsos, o que originavam comportamentos desviantes e desadequados (e.g., gritos, agitação motora, riso exagerado). No papel a sua desorganização e onipotência eram também visíveis, a M apresentava um tamanho de letra excessivamente grande, utilizava cores fortes e quentes e a maior parte das vezes não respeitava a orientação/posição da folha reposicionando-a constantemente.

Na relação, a M alternava sem padrão claramente definido entre uma figura dependente do adulto (carente e colaborante) e uma figura onipotente revoltando-se contra o outro e agindo sobre este de forma agressiva (insultos, gritos, violência física contra objetos) e opositiva desrespeitando limites. A M não tolerava contenção assumindo a sua postura desafiante quando sentia alguma rigidez por parte do outro e não apresentava capacidade de *insight* relativamente às suas atitudes. Ainda assim, apresentava alguma capacidade de autorregulação, e.g., canalizava a sua agressividade física para os materiais e não para as pessoas, não abandonava por completo a sessão e procurava recuperar/reparar a relação com o outro. A desorganização, onipotência e instabilidade da M remetiam para um diagnóstico de Perturbação Borderline conforme a caracterização e critérios do DSM-5, APA (2013).

Plano de intervenção: Dada a instabilidade e agitação da criança, o plano terapêutico focou-se na consciencialização corporal e controlo de impulsos. Uma vez que a criança necessitava de contenção e estruturação externa, procurou-se induzir um modelo de sessão semiestruturado. A criança encontrava na terapeuta uma figura contentora, firme e constante, o que por vezes entrava em conflito com a sua personalidade, a sua expectativa e com as referências às quais estava acostumada originando-se uma reação de raiva e frustração da sua parte.

Evolução: Desde a primeira sessão que a M mostrou necessidade de reviver experiências passadas no primeiro acompanhamento feito no SPSMIA, sendo a sua atividade preferida a “caça ao lobo” – um jogo criado com a terapeuta anterior que consistia em cada uma adquirir uma personagem lobo/perseguidor ou menina/presa – na qual a M optava por figurar a personagem de presa. Nesta atividade a M construía uma cabana para se proteger do lobo e armadilhas para o aniquilar caso tentasse persegui-la. Com esta atividade foi evidente o processo simbólico descrito por (Vecchiato, 2003): a M procurava

satisfazer os seus fantasmas pessoais e combater os conflitos internos existentes através da atividade simbólica representando no jogo o seu medo e a necessidade de o controlar e combater repetidamente.

Dado que a M já tinha frequentado sessões no mesmo espaço com outra terapeuta e aparentou conservar esse período, houve um certo cuidado na moderação das expectativas em relação às sessões, de forma a que a M preservasse as suas boas memórias e vivências do mesmo sem que estas fossem frustradas ao não se reviverem de igual forma. Esse cuidado envolveu o máximo possível de previsibilidade e antecipação de resultados.

O tipo de atividades concretizadas com a M foi sofrendo muitas alterações ao longo do tempo e foi difícil encontrar um tipo de atividade que a mantivesse motivada, colaborante e disponível, pois a M desorganizava-se com facilidade em atividade simbólica livre, não acedia a relaxação, permitia o toque mas não conseguia deixar-se guiar (com ou sem contacto físico direto ou indireto) a estados de relaxação e consciencialização corporal e não aceitava as propostas de atividades mais estruturadas. O plano de sessão compreendia um momento inicial de diálogo no qual procurávamos atividades do interesse da criança e planeávamos essas mesmas atividades de forma repartida tornando os acontecimentos da sessão o mais previsíveis possível para evitar frustração.

Numa fase em que a M parecia mais envolvida no processo terapêutico, começou a pedir a presença da mãe em partes das sessões para partilhar as suas vivências e conquistas. Contudo, a mãe mostrava-se pouco disponível para participar e envolver-se nas dinâmicas de sessão causando desapontamento na M. Na relação entre ambas era evidente a falta de contenção e consistência por parte da mãe.

O processo terapêutico sofreu irregularidades e pouca constância por parte da criança e da mãe que revelou alguma incapacidade para conter a filha e assumir-se como figura de referência estável e consistente. Muitas sessões não foram realizadas por faltas (algumas injustificadas) da própria criança, ou da mãe que alegava esquecer-se das sessões ou esquecer-se de avisar antecipadamente que a M não iria comparecer por algum motivo, o que comprometia a evolução terapêutica. É importante ainda referir que mãe e filha rejeitaram as soluções farmacológicas recomendadas pela médica psiquiatra o que revela pouca vinculação ao plano terapêutico estabelecido. Vecchiato (2003) faz um apontamento relativo à intervenção psicomotora na fase da adolescência, mencionando que por se tratar de uma intervenção de mediação corporal, muitas vezes pode ser incompatível com o perfil do adolescente que se encontra numa fase de redescoberta de si e do seu corpo, podendo tornar-se intolerante à terapia psicomotora. No caso da M,

acredita-te que esta premissa possa ter alguma influência devido à idade de pré-adolescência, mas frisa-se a história clínica da criança que sempre mostrou instabilidade e indisponibilidade para as intervenções terapêuticas, não assumindo a sua necessidade e atribuindo-lhes por isso uma conotação negativa.

Resultados: Devido à fraca adesão à terapia, à grave instabilidade emocional da criança, que acabava por impedir a sua disponibilidade afetiva para as sessões terapêuticas, e ao seu historial clínico, em conjunto com a médica responsável pelo caso e com a orientadora de estágio, considerámos que não havia condições para dar seguimento às sessões de psicomotricidade e assim este acompanhamento cessou no final de março de 2019.

Caso 6: MG, nascida a 18 de agosto de 2009.

A MG vive com a mãe, padrasto, um irmão, dois meios irmãos da relação atual da mãe e avós. O pai era agressor, o que levou a mãe a separar-se aos três anos da MG. Atualmente a criança não vê/contacta com o pai e tem uma boa relação com o padrasto.

Teve a primeira consulta no SPSMIA devido a dificuldades de autorregulação (e.g., batia no irmão e nos colegas do infantário, atirava materiais ao chão, gritava e insultava os outros), de concentração, organização e dificuldades nas aquisições académicas. Após avaliação pedopsiquiátrica, a médica responsável associou os sintomas de desatenção, desorganização e desregulação comportamental a PHDA e medicou a criança com um psicoestimulante. A medicação e algum suporte à família no que toca a estratégias de contenção foram suficientes para estabilizar o comportamento da criança e torná-la mais disponível para atividades mais exigentes do ponto de vista da concentração, como as atividades desenvolvidas no ambiente escolar.

Quando a MG começou a evidenciar dificuldades nas aquisições académicas foi realizada avaliação de Quociente de Inteligência (QI) e a mesma determinou um QI abaixo da média. Dadas as suas características de desatenção e QI inferior à norma, foram aplicadas medidas educativas especiais ao abrigo do Decreto-lei 3/2008 (até setembro de 2018) e do Decreto-lei 54/2018 com Medidas Educativas Adicionais.

Motivo de encaminhamento: Em janeiro de 2019 a assistente social do SPSMIA pede encaminhamento para psicomotricidade a fim de proporcionar à criança um espaço para novas experimentações, que possibilitassem diversificar/estimular aprendizagens e potencializar o seu funcionamento executivo, uma vez que se considerou que a escola não estava a ser capaz de aproveitar e potencializar as competências da criança.

Avaliação: Para a avaliação deste caso foi usada a BPM, por permitir tirar conclusões acerca de possíveis interferências do desenvolvimento psicomotor nas

dificuldades de aprendizagem, e foram avaliados alguns domínios da Escala do Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa (ECAP) de Santos e Morato (2012), previamente selecionados para averiguar as competências de autonomia, responsabilidade e desenvolvimento físico da criança. Esta escala permite obter um perfil global do funcionamento e competências adaptativas da pessoa (Santos e Morato, 2012), no entanto pela sua extensibilidade e por apresentar alguns domínios mais indicados para pessoas adultas, não foi preenchida na sua totalidade.

Na fase de observação/avaliação, a MG mostrou-se uma menina simpática, de sorriso fácil, muito colaborante e afetuosa. A sua postura era inibida e contida, falava num tom de voz baixo, mas apresentava um discurso espontâneo, perceptível e organizado. Do ponto de vista do funcionamento executivo, parecia capaz de permanecer nas tarefas até as concluir, aceitava as ideias do outro, mas apresentava alguma dificuldade de planeamento necessitando de apoio do adulto. Do ponto de vista emocional, não foram observados comportamentos ou atitudes que indicassem dificuldades na regulação ou expressão emocional.

A nível psicomotor, os resultados obtidos através da BPM, revelaram que a MG apresentava um bom ajustamento postural, lateralidade definida à direita, boa noção do corpo e praxia fina. No geral a criança encontrava-se num perfil eupráxico mas os fatores Equilibração e Estruturação Espaciotemporal encontravam-se no valor dispráxico. Dentro destes, revelou dificuldades mais acentuadas nas tarefas de equilíbrio estático, e representação topográfica.

Os domínios da ECAP (respondida pela mãe) revelaram uma criança com boas competências de autonomia (ainda que para certas tarefas como os cuidados de higiene e a escolha de vestuário sejam feitas “apenas por obrigação” *sic*) e com algumas dificuldades no desenvolvimento motor, mais concretamente equilíbrio e coordenação motora – tal como se verificou aquando a aplicação da BPM.

Plano de Intervenção: Consoante os resultados da avaliação e consoante o motivo de encaminhamento, o objetivo da intervenção psicomotora foi promover competências para as aprendizagens e potencializar/estimular funções cognitivas através da atividade lúdica e interação diversificada com o meio envolvente.

Evolução: Sendo a MG uma criança que mostrava facilidade na relação e disponibilidade para a cooperação, optou-se por um modelo de intervenção estruturado, com elevada incidência na componente instrumental. Progressivamente, à medida que a relação terapêutica ganhava suporte, a confiança da criança foi aumentando e com isso a sua iniciativa, o que permitiu novas possibilidades de ação e também a manifestação de

alguns sintomas de impulsividade e desorganização. As atividades realizadas com a MG eram essencialmente jogos de tabuleiro ou motores que permitissem trabalhar competências relativas à atenção, planeamento da ação, pensamento divergente e autonomia, ao mesmo tempo que se investia no desenvolvimento psicomotor – que ao ser potenciado poderia ajudar a criança a suprimir certas dificuldades nas outras áreas do funcionamento (Fonseca, 2010). Nestas atividades a criança utilizava a terapeuta como parceira de jogo e por vezes como modelo de referência.

Resultados: Apesar de, em contexto de sessão a criança aderir com facilidade à terapia, a desorganização familiar – a mãe ficava responsável pelas crianças de diferentes idades, com diferentes horários escolares tendo dificuldade em gerir as rotinas – impediu que o plano terapêutico seguisse os módulos em que tinha sido traçado, comprometendo a sua viabilidade e consequentemente a evolução da MG. Por este motivo, em abril de 2019 decidiu-se terminar o acompanhamento.

III.3.3 Síntese reflexiva dos casos acompanhados

Os casos acompanhados permitiram a reflexão acerca do acompanhamento realizado em intervenção psicomotora, mediação terapêutica corporal e comportamental, bem como a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar e em articulação com escolas e famílias.

Apesar do foco da terapia psicomotora ter sido a intervenção direta e individual com as crianças, percebeu-se que nos casos com famílias e/ou escolas mais colaborantes, a evolução das crianças era mais favorecida e os resultados foram alcançados com maior sucesso e rapidez nos diferentes contextos – casos B, E, 2 e 3 – tal como defendem a APP (2011), Goldschmidt et al. (2014) e Goldschmidt et al. (2018).

As crianças inseridas em contextos familiares desfavoráveis (instáveis ou disfuncionais) cujas próprias famílias pareciam constituir um fator de risco para psicopatologia – casos D, 1, 5 e 6 – foram aquelas que apresentaram mais resistência à intervenção, dificuldades mais acentuadas e instabilidade. Segundo Malpique e Pinto de Freitas (2014a), nestes casos apesar de a criança necessitar de apoio e intervenção direta, o foco deve ser a intervenção familiar que se deve focar na consciencialização dos pais face às suas dificuldades e no aumento da capacidade parental dos mesmos. Esta intervenção requer por vezes, segundo as autoras, a participação de técnicos especializados em terapia familiar ou, em casos mais graves, o encaminhamento dos pais para psiquiatria de adultos. Nestes casos a intervenção com as famílias foi feita em parceria com os médicos responsáveis pelos casos e com as psicólogas do serviço.

Também as crianças mais assíduas (consultar tabela 3), cujas famílias cumpriam com os planos terapêuticos e asseguravam a presença nas sessões, mostraram maiores evoluções, compreendendo-se a importância da continuidade nos processos terapêuticos defendida por vários autores (APP, 2011; Costa, 2005; Vecchiato, 2003)

Outro fator importante de reflexão é a mediação terapêutica, que apesar de seguir linhas gerais de orientação foi sempre adequada às individualidades de cada criança. Crianças com idades e diagnósticos semelhantes usufruíram de estratégias individualizadas no que toca à abordagem terapêutica (e.g. mais ou menos diretividade, com enfoque mais relacional ou mais instrumental) procurando-se sempre enquadrar as estratégias e atividades nos interesses, necessidades e personalidade de cada criança como indica Costa (2008). As atividades compreenderam sempre a espontaneidade da criança, pois como referem Vecchiato (2003) e Fonseca (2012) é na expressão plena do comportamento e mediação não invasiva e não impositiva por parte do terapeuta que encontramos a possibilidade e os meios para atuar nas experiências regressivas e progressivas que a criança transporta para a sessão. Verificou-se, contudo, que nem todas as crianças possuem facilidade em aceder ao plano simbólico e, nesses casos, é necessário que o terapeuta adote uma postura empática e através das iniciativas da criança atribua novos significados e funções ao movimento para progressivamente estimular a representação simbólica (Boscaini, 2003; Costa, 2008).

III.4 Análise de um Estudo de Caso

Como forma de transmitir mais concretamente o papel e as decisões do psicomotricista no HSFX será feita uma análise detalhada de um estudo de caso. Pretende-se com esta análise descrever o processo terapêutico de maneira um pouco mais aprofundada do que foi feito até então, contando com todas as etapas desde a observação inicial em psicomotricidade, ao planeamento do projeto terapêutico, definição de estratégias mudanças ocorridas/sentidas na criança e terapeuta ao longo do acompanhamento e avaliação final.

Note-se que a recolha de informação para este caso não foi sempre facilitada uma vez que os responsáveis da instituição e escola nem sempre mostraram disponibilidade ou conhecimento total para passar todas as informações pedidas e a própria médica responsável teve algumas dificuldades na recolha de dados de anamnese e contextualização do caso. Apesar disso, o caso acabou por ser selecionado para análise aprofundada devido à sua riqueza contextual e clínica.

III.4.1 Caracterização do caso

O caso em estudo corresponde a uma criança de sexo masculino – o E – nascida a 17 de julho de 2009, quarto filho de um total de quatro. O primeiro irmão é nove anos mais velho, a segunda seis e o terceiro dois.

O E iniciou acompanhamento no SPSMIA do HSFX em janeiro de 2017, após ter sido retirado à família, juntamente com o terceiro irmão mais velho, por falta de cuidados básicos de vida e supervisão parental. Desde os seus quatro meses de vida que o E e irmãos foram abandonados pela mãe, ficando apenas aos cuidados do pai – com défice cognitivo e sérias dificuldades de autogestão aos níveis pessoal e económico. A mãe abandonava-os e regressava sucessivas vezes, não procurando contacto nos momentos de ausência, tendo feito abandono definitivo aos três anos do E.

O pai, a única figura representativa na vida do E e irmãos, apresentava pouca competência parental e muita instabilidade tendo estas características resultado numa figura ausente e pouco segura. Foi comprovado (sem data concreta) que o pai e a madrasta deixavam muitas vezes as crianças sozinhas durante longos períodos (correspondentes ao horário laboral), em autogestão, sem acesso a cuidados de higiene, saúde, alimentação ou ensino. Apesar de não haver confirmação nem clareza de informação suspeita-se ainda que o pai tenha exercido maus tratos sobre as crianças.

Na fase da adolescência, os dois primeiros irmãos mais velhos iniciaram comportamentos de risco e consumos tendo sido sinalizados e retirados ao pai em 2016 – ano em que são institucionalizados em comunidades terapêuticas.

Pouco tempo mais tarde, o E e o terceiro irmão mais velho são também sinalizados e, sem outros familiares disponíveis ou com competência para se assumirem como cuidadores das crianças, foram institucionalizados numa casa de acolhimento com possibilidade de estar com o pai aos fins de semana (48 horas) e pequenos períodos nas férias. É importante referir as crianças não reconheceram a negligência e maus tratos exercidos pelo pai, tendo o processo de institucionalização sido particularmente impactante e negativo nos seus pontos de vista. Neste novo contexto, o E partilhava quarto com três crianças do sexo masculino de idades próximas da sua, tinha rotinas bem definidas, supervisão e apoio de vários adultos.

O pedido de encaminhamento para psiquiatria da infância e da adolescência foi efetuado pelos técnicos da casa de acolhimento baseado em preocupações relativas a alterações graves do comportamento sofridas pelo E. Durante a avaliação psiquiátrica, a médica responsável apurou que as principais queixas relativas ao comportamento do E eram a auto e hétero agressividade, crises reativas em casa e na escola resultantes em

fugas e agressão física – com múltiplas recorrências às urgências pedopsiquiátricas – inquietude, recusa alimentar, aparente falta de empatia por "não mostrar culpa ou vergonha por infringir dano aos outros" - sic, e elevada recusa escolar - " não participando, rejeitando as tarefas propostas e perturbando a turma" sic.

Perante estes aspetos, a médica responsável considerou os seguintes diagnósticos (APA, 2013):

- **Perturbação da Conduta** devido a agressão direta física e verbal para com pares e adultos, dificuldade no cumprimento de regras e fugas constantes quando contrariado;
- **PHDA** devido a agitação motora, dificuldade em terminar tarefas, dificuldade em cumprir regras e impulsividade;
- **Perturbação Bipolar** devido a Instabilidade do humor e oscilação entre momentos de grande agitação e euforia (mania) e momentos de desinteresse global e depressão (hipomania)

Para tentar controlar a gravidade dos sintomas a média responsável optou por terapia farmacológica que combinava o uso de estabilizadores do humor, antipsicóticos (com ação enquanto antidepressivos) e psicoestimulantes. O plano terapêutico compreendia ainda acompanhamento psicológico para ajudar a criança a elaborar e ultrapassar as situações (eventualmente) traumáticas a que foi sujeita. Em outubro de 2018 a médica encaminha internamente o caso para psicomotricidade devido ao insucesso psicoterapêutico pelas dificuldades da criança na elaboração do pensamento e no acesso à expressão verbal e emocional.

III.4.2 Avaliação Inicial

Conforme os dados de história clínica, recolhidos diretamente do processo clínico, o objetivo da avaliação psicomotora seria compreender a atitude da criança face às tarefas, face ao adulto (interação, relação de confiança), a sua auto percepção e de que forma os comportamentos sintomáticos que apresentava tinham impacto nos diferentes contextos (casa e escola) da sua vida.

Posto isto implementou-se um plano de avaliação que contava com métodos formais e informais (observação psicomotora). Relativamente aos métodos de avaliação formal, pediu-se aos encarregados de educação da e à escola que preenchessem as respetivas escalas de avaliação da BASC, e diretamente com a criança foi preenchida a escala de autorrelato.

Foi planeado aplicar o DAP, de Naglieri (1988) com o intuito de compreender o nível de integração da imagem e esquema corporal da própria criança e a representação que esta faz das figuras feminina e masculina (geralmente a mãe e o pai ou os adultos significativos para a criança), e a BPM para tentar compreender o desempenho da criança e as influências entre o seu perfil psicomotor e comportamental. No entanto, a avaliação destes testes não foi efetuada uma vez que o E rejeitava a realização das tarefas propostas, especialmente as de desenho, e não apresentava motivação para as sessões. Apesar disso, a avaliação baseada na observação foi bastante rica e a própria dificuldade da criança em aceitar e executar as tarefas sugeridas pelo adulto, constituiu um bom conteúdo de avaliação – indicador de alguns fatores como insegurança ou falta de confiança no próprio e no outro. Na impossibilidade de formalizar a avaliação direta com a criança, foi utilizada a GOC em três momentos (inicial, intermédio e final) e o guia de observação do serviço ao longo de toda a intervenção para obter observação criteriosa e facilitar a avaliação e monitorização do processo.

Observações Iniciais

No primeiro contacto a criança evidenciou fundo triste e vazio, sem sorriso presente, olhar distante, não direcionado e inibição comportamental tanto ao nível relacional como exploratório.

Do ponto de vista relacional aparentou gerir a distância física adequadamente, nos momentos de diálogo mantinha o corpo e a cabeça virados para o outro indicando estar presente na interação, mas desviava frequentemente o olhar e a atenção para os objetos (evitando o confronto ocular) e não apresentava discurso ou atividade espontâneos, sendo preciso incentivar ao diálogo e à exploração. Quando incentivado respondia aos diálogos com frases curtas, num tom de voz adequadamente audível, mas monocórdico. O comportamento exploratório era de certo modo ineficaz e incompleto, pois o E mostrou-se incapaz de dar seguimento às suas intenções, alternando frequentemente de atividade e objetos, impossibilitando a interação continuada com os materiais e espaço.

Ao fim de 25 minutos a criança pediu para terminar a sessão revelando alguma ansiedade derivada do contexto terapêutico. Contudo, ressalva-se que nesse momento, a criança, espontaneamente, se comprometeu a voltar na semana seguinte, manifestando desta forma um desejo de continuidade que foi valorizado.

Foi possível destacar fortes indícios de tristeza, falta de confiança no outro e um perfil ambivalente que deseja contacto (com o outro e com os objetos) mas simultaneamente o evita, não conseguindo manter-se em interação prolongada.

Durante as interações nas várias sessões de observação foi possível induzir a realização de certas tarefas contempladas na BPM, que permitiram retirar informações relativas à tonicidade, equilíbrio e noção do corpo:

Ao nível da tonicidade o E apresentava dificuldades na extensibilidade, mas facilidade no acesso à passividade, e permitiu o toque do outro e no outro. Ao nível do equilíbrio observou-se boa capacidade de estabilização e reajuste tónico em atividades de equilíbrio dinâmico que exigiam pouco controlo. A criança não acedeu à imobilidade ou equilíbrio estático que se interpretou como dificuldade em gerir ansiedade. A noção do corpo foi avaliada através das tarefas de reconhecimento e compreendeu-se que a criança reconhece e identifica com sucesso todas as partes do corpo demonstrando boa capacidade de integração do esquema corporal. A tarefa de desenho como se pode ver na figura 1 foi pouco investida não constituindo um modelo válido para avaliação.



Figura 1. Desenho da figura humana, feito por E

Contudo, fazendo uma breve análise observa-se um desenho pobre em diversidade cromática e em pormenores do corpo humano, com medidas desproporcionais. Em vez de desenhar uma figura humana, a criança desenhou um rosto de super-herói. Com base nas considerações de Rosário e Kobayashi (2016) sobre a representatividade do desenho infantil, a este desenho pode-se atribuir significados de falta de referências para a figura humana, pouca autoestima e necessidade de identificação a uma figura de poder.

Ao longo das observações, o E foi expressando progressivamente a sua personalidade, mantendo-se inibido, mas aumentando a confiança para permanecer mais tempo nas sessões e aceitar algumas sugestões do outro, ainda que permanecesse a necessidade de atuar apenas na sua zona de conforto. Foi ainda possível observar dificuldades na manutenção da atenção, planeamento de atividades e controlo de impulsos. As capacidades de memória – retenção e recuperação de informação – foram também observáveis e testadas em momentos de diálogo nos quais a criança evidenciou boa capacidade de memória semântica e episódica.

Resultados GOC

O registo total desta avaliação encontra-se em anexo (6), sendo que na tabela 4 se apresentam os aspetos que mereceram destaque aquando a avaliação e planeamento do projeto terapêutico.

Tabela 4. GOC avaliação inicial

| Domínio | Comportamento observado |
|--------------------------------------|---|
| Comportamento e desempenho na sessão | Distraído, pouco motivado |
| | Ansioso pelo final da sessão |
| | Não adere a propostas e desiste facilmente |
| Relação | Evita diálogo |
| | Comportamento ajustado e cooperante |
| | Mostra apatia |
| Componente psicomotora | Lentificação nas respostas motoras e verbais |
| | Atira-se para objetos sem medo aparente e sem alterar estado tónico – fraca noção de perigo — |
| | dificuldades de perceção e noção do corpo envolvidas |
| | Lateralidade definida à esquerda |
| | Orientado no espaço e no tempo |
| | Observam-se tremores nos membros superiores que prejudicam ligeiramente a proficiência motora |

Resultados BASC escala de autorrelato

O preenchimento das folhas de autorrelato da BASC foi realizado em sessão e em coadjuvação entre criança e terapeuta. Uma vez que o E apresentava muita resistência à aplicação dos instrumentos a duração desta avaliação foi longa e teve de ser repartida entre quatro sessões. A repartição do questionário em diferentes sessões foi a única estratégia viável para a participação da criança, mas pode ter inviabilizado os resultados, segundo considerações dos seus autores. Nas figuras 2 e 3 encontram-se os resultados:

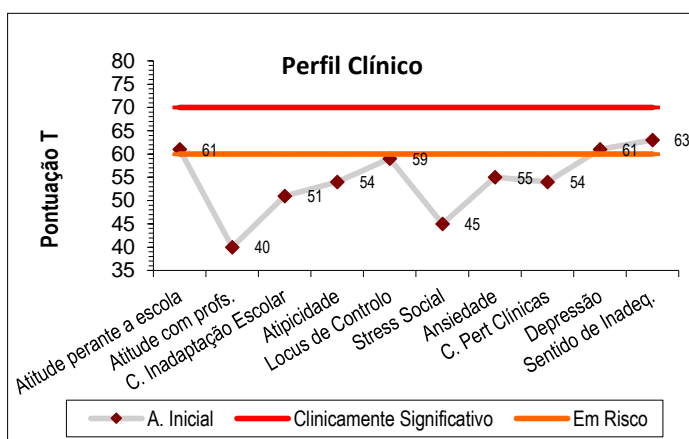


Figura 2. Perfil clínico inicial – autorrelato BASC

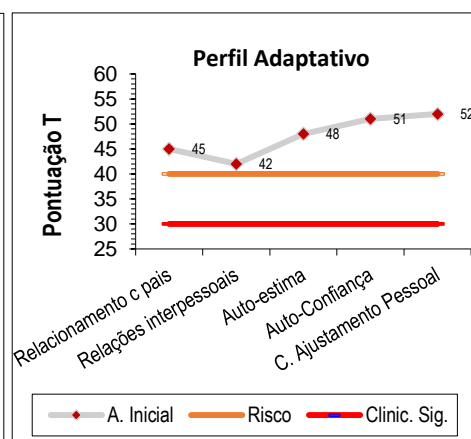


Figura 3. Perfil adaptativo inicial - autorrelato BASC

Analisando os gráficos, obtemos que, no perfil clínico, a atitude perante a escola, o locus de controlo, a depressão e o sentido de inadequabilidade apresentam valores

elevados, em risco. Importa referir que nos momentos de entrevista e diálogo com o E, ao contrário do mencionado pelos técnicos da instituição, este aparentou ter consciência e até alguma culpabilidade em relação aos seus atos. Contudo, pela avaliação dos perfis clínico e adaptativo percebemos que o E considera ter boas capacidades adaptativas e, no geral, poucos problemas ao nível comportamental e emocional, o que não parece concordante com as informações previamente recolhidas.

Resultados BASC escala para pais

A Escala para Pais, foi preenchida pelos técnicos da instituição que eram no momento encarregados de educação da criança. Contudo, os autores da escala afirmam que para legitimação dos resultados a escala deve ser preenchida por um único observador, e, no caso, vários técnicos estiveram envolvidos. Os resultados apresentam-se nas figuras 4 e 5:

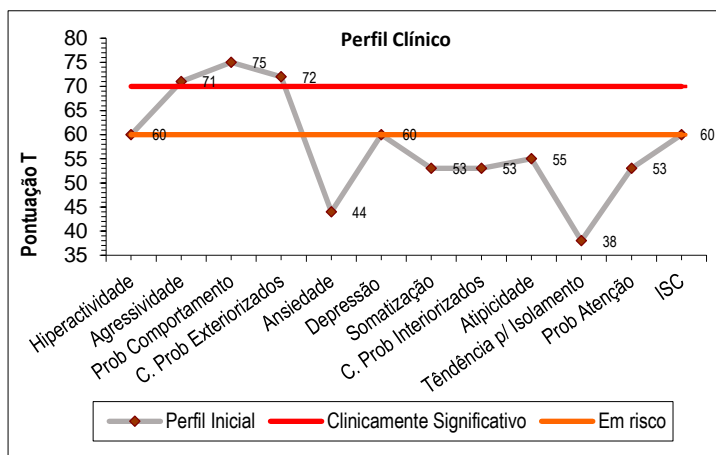


Figura 4. Perfil clínico inicial - pais BASC

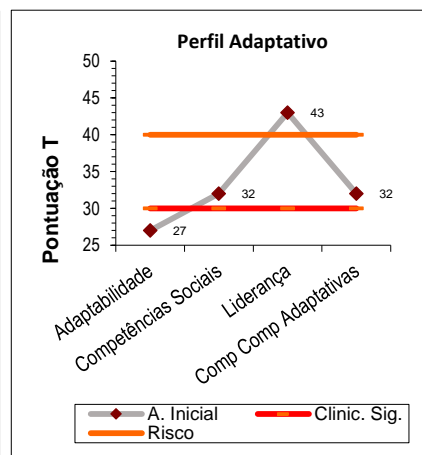


Figura 5. Perfil adaptativo inicial - pais BASC

Analisando o gráfico da figura 3 os índices de maior preocupação (cl clinicamente significativos) situam-se nas componentes dos problemas exteriorizados, estando os problemas de comportamento no pico mais elevado. A hiperatividade e depressão situam-se em valores de risco e a ansiedade e tendência para o isolamento situam-se consideravelmente abaixo das restantes componentes. No perfil adaptativo, apenas uma componente (liderança) se encontra fora de risco, alertando para fraca adaptabilidade da criança que a pode prejudicar nas interações com os outros e integração social.

Resultados BASC escala para professores

A percepção da professora é consideravelmente diferente, havendo uma percepção bastante mais negativa dos sintomas da criança na escola. Neste contexto, não existem componentes abaixo de risco e existem componentes com valores clinicamente significativos extremos como se pode constatar nas figuras 6 e 7:

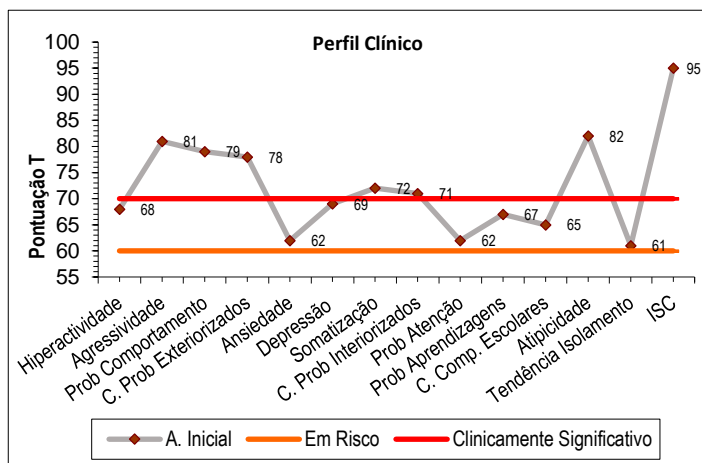


Figura 6. Perfil clínico inicial - professores BASC

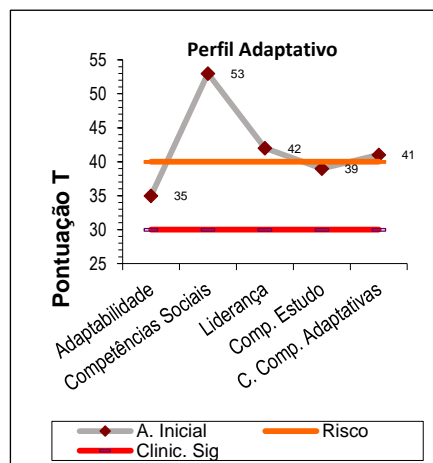


Figura 7. Perfil adaptativo inicial - professores BASC

No perfil clínico, a agressividade, os problemas de comportamento, a componente de problemas externalizados, a atipicidade e o índice geral dos sintomas comportamentais são as componentes clinicamente significativas mais graves e por isso as mais urgentes. No perfil adaptativo encontramos um ponto forte nas competências sociais, bastante desfasado das restantes componentes deixando espaço para o questionamento deste resultado.

Síntese avaliativa da BASC

Analisando os perfis clínicos das três escalas em simultâneo é possível compreender que os problemas externalizados, locus de controlo e depressão são os sintomas comportamentais mais emergentes e urgentes a intervir – aqueles que se apresentam mais elevados, em situação de risco ou clinicamente significativa, comuns nas três perceções.

Verificamos ao observar os gráficos que existem divergências nas três perceções, e que o contexto onde mais se fazem sentir os sintomas comportamentais é a escola. Comparando os resultados do autorrelato com os resultados das escalas para pais e professores interpreto que o E apresenta pouca consciência ou negação dos seus atos.

Perfil Intra-individual

Com base nos resultados obtidos nas avaliações formais e nas observações, estabeleceu-se um perfil intra-individual que compreende as áreas fortes e a desenvolver nos diferentes domínios de funcionamento da criança – representado na tabela 5. Os domínios de funcionamento são interdependentes e interrelacionam-se entre si.

Tabela 5. Perfil intra-individual

| Domínio | Áreas Fortes | Áreas a Desenvolver |
|-----------------|--|--|
| Socio emocional | Perceção e compreensão das suas atitudes; Compreensão e adaptação face à comunicação verbal e não verbal (em ambiente seguro) | Expressão emocional; Confiança pessoal e no outro; Iniciativa e continuidade nas relações; Regulação emocional; Adaptabilidade social; |
| Cognitivo | Memória semântica e episódica; Linguagem: compreensão e discurso verbal adequado à idade, com vocabulário, coerente | Atenção; Planeamento; Controlo inibitório; Flexibilidade cognitiva; |
| Psicomotor | Equilíbrio dinâmico; Lateralidade; Organização temporal; | Noção do Corpo; Relação com objetos (perceção e propriocepção); Precisão motora fina; |

Por forma a compreender o perfil intra-individual da criança e justificar a ocorrência dos sintomas manifestados, são apresentadas algumas hipóteses explicativas, que englobam a compreensão dos fatores de risco e fatores de proteção envolvidos na conceptualização do caso.

Fatores de risco e de proteção

Consideram-se fatores de risco psicossocial para esta criança as condições natais e pós-natais (o E nasceu num café sem assistência médica e sem condições de segurança e higiene), os múltiplos abandonos maternos, que comprometeram o desenvolvimento afetivo derivado das relações primárias e o estabelecimento de vínculos seguros (Lotfi, Vaziri e Lotfi, 2012). A negligência parental que colocou a criança em estados de autogestão comprometendo o seu desenvolvimento físico e social, a falta de competência parental associada a um pai com défice cognitivo, dificuldades no seu próprio comportamento adaptativo, dificuldades de autogestão e gestão de família e a componente hereditária – que indica predisposição para comportamentos de risco derivada dos modelos que a criança obteve do pai e irmãos mais velhos (os dois primeiros inseridos em comunidades terapêuticas) (Caldeira da Silva, 2014; Weber, Brandenburg, e Viezzer, 2003; Mondin, 2008). A rotura do vínculo familiar aquando o momento de institucionalização,

associada à dificuldade em estabelecer vínculos seguros nas suas relações e à falta de percepção relativa à carência de cuidados e maus tratos indiretos cometidos pelo pai (Hecht e Silva, 2009).

Como fatores de proteção temos o potencial cognitivo da criança que a ajuda na compreensão do envolvimento e complexidade dos contextos e situações que vive, a acessibilidade a contextos terapêuticos, e uma maior rede de cuidados, a transferência para um ambiente seguro onde são assegurados cuidados básicos de vida e a rotura não total das relações familiares (Maia e Williams, 2005; Oriente e Sousa, 2005).

Hipóteses explicativas

Os fatores de principal destaque focam-se na ausência/inconstância de cuidados básicos até aos sete anos de idade da criança e na desorganização dos processos de vinculação, derivada de abandonos e roturas sucessivas de laços afetivos com os progenitores ou outros cuidadores, sem oportunidade de criação e estabilização de relações, que comprometem os processos de vinculação, como vimos imprescindíveis ao desenvolvimento infantil (Ainsworth et al., 1979; Bowlby, 1982; Mahler et al., 2002; Winnicott, 1975). Estes aspetos resultam em insegurança, falta de confiança no próprio e no outro, angústia, ambivalência entre a necessidade de ser cuidado e o medo de ver a sua necessidade frustrada que leva ao evitamento da figura adulta com graves prejuízos na autoestima da criança que se isola e evita os outros reagindo com agressividade e frustração frequentes (Weber, Brandenburg, e Viezzer, 2003; Mondim, 2008; Lotfi, Vazir e Lotfi, 2012). Estes fatores convergem na justificação de um perfil agressivo, depressivo e antissocial manifestado pela criança que nos pode fazer refletir e acerca dos seus diagnósticos e reconsiderá-los, uma vez que os sintomas principais apesar de associados às perturbações diagnosticadas estão também presentes e podem ser melhor justificados por uma perturbação depressiva (Alves e Lobo Antunes, 2018; Huttel et al., 2013; Laureano e Pedroso, 2015).

A componente de vinculação, que como vimos no enquadramento teórico tem enorme impacto na estruturação psíquica da criança, está neste caso bastante afetada e ajuda a compreender as dificuldades e manifestações sintomatológicas da criança. Estudando alguns autores percebemos que o abandono materno nos primeiros meses de vida é associado a complicações na organização psíquica da criança, com implicações ao nível do seu desenvolvimento cognitivo e socio emocional (Guedeney, 2004c; Benavente e Justo, 2008). Mais concretamente, a ausência de vínculos maternos pode originar agitação, dificuldades no foco da atenção, dificuldades de autorregulação, autoproteção, expressão dos afetos, ineficácia na procura de conforto e segurança, dificuldades na

cooperação e exploração e tendência para a destruição (Guedeney, 2004c; Huttel et al., 2013). Também a ausência de cuidados parentais e inacessibilidade a cuidados básicos de vida são associados a consequências negativas no que toca à organização interna da criança com grave impacto em todas as áreas do desenvolvimento repercutindo-se em baixa autoestima, dificuldade em desenvolver autoconhecimento, dificuldades na autonomização (segurança), dificuldades e baixo rendimento escolar e problemas afetivos e comportamentais (Benavente e Justo, 2008; Huttel et al., 2013).

Com a ausência de cuidados e negligência parental a criança não obtém possibilidade de criar figuras de referência seguras e constantes e sem essa segurança as suas necessidades afetivas ficam por assegurar, e por vezes são frustradas originando conflitos internos que levam a criança estabelecer padrões de vinculação insegura (ambivalente) e a manifestar as suas angústias em comportamentos externalizantes como agressão, hiperatividade e comportamentos de oposição (Caldeira da Silva, 2014; Guedeney, 2004c; Hetch e Silva, 2009). A própria recusa alimentar pode ser justificada pela ausência de modelos ou ser reflexo de instabilidade/insatisfação emocional (Fisberg, Tosatti e Abreu, 2014).

Os processos de institucionalização, apesar de serem muitas vezes a resposta mais adequada e protetora para crianças inseridas em contextos familiares desfavoráveis, provocam rotura de vínculo com os familiares, quebra de rotinas e fortes mudanças que podem acentuar os sentimentos de perda e abandono (Oriente e Sousa, 2005).

A visão global da criança e compreensão do seu perfil de funcionamento, atribui ao comportamento desafiante/opositivo funções de regulação emocional, estratégia de resolução de problemas ou ambas – funções estas que aparecem como forma desajustada de auto proteção contra os acontecimentos que prejudicam ou ameaçam de certo modo a criança, pois a mesma não tem competências emocionais ou cognitivas que a permitam responder de outra forma (Nascimento e Lobo Antunes, 2018).

Também a componente hereditária já referida pode influenciar a manifestação dos sintomas presentes, uma vez que segundo várias teorias da aprendizagem social, os comportamentos de risco que a criança observa em parentes tendem a ser repetidos pela criança, e também o perfil de funcionamento/comportamento parental modela o perfil da criança (Huttel et al., 2013; Dias, 2018).

III.4.3 Projeto Terapêutico

Com base nas conclusões retiradas da avaliação, bem como nas principais preocupações dos técnicos da instituição e da escola, traçou-se um plano terapêutico de intervenção

psicomotora com periodicidade semanal que permitisse ajudar a criança a desenvolver as suas áreas de funcionamento menos fortes.

Conforme se pode ver na tabela 6 abaixo representada, a intervenção psicomotora contou com períodos de avaliação (inicial e final) e com um período de intervenção perfazendo um total de aproximadamente nove meses. O número de sessões previstas indicado, contempla todas as sessões de avaliação e intervenção.

Tabela 6. Planificação cronológica da intervenção

| Avaliação Inicial | Intervenção | Avaliação Final | N.º Sessões Previstas | N.º Sessões Realizadas |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------------------|
| outubro - janeiro | janeiro - julho | junho - julho | 35 | 30 |

III.4.3.1 Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos basearam-se nas dificuldades mais emergentes da criança que prejudicavam a sua adaptabilidade social e o acesso às aprendizagens, estando o enfoque da intervenção no domínio sócio emocional. Uma vez que alguns objetivos deste domínio não são passíveis de ser avaliados de forma formal e objetiva, foram delineados alguns itens/objetivos critério observáveis. Assim, quando determinado item critério fosse observável continuamente, havia possibilidade de considerar que a criança adquiriu a competência em desenvolvimento.

Nas tabelas 7, 8 e 9 apresentam-se de forma esquematizada e enquadrada nos diferentes domínios de funcionamento, os objetivos a desenvolver:

Tabela 7. Objetivos terapêuticos no domínio socio emocional

| Domínio Socio Emocional | | |
|-------------------------|---|---|
| Objetivo Geral | Aumentar capacidade de adaptabilidade social | Diminuir labilidade emocional |
| Objetivo Específico | (I) Desenvolver o autoconhecimento | (I) Melhorar o autoconceito |
| | (II) Aumentar capacidade de expressão emocional | (II) Melhorar relação intrapessoal |
| | (III) Confiar no outro | (III) Estruturar locus de controlo |
| Critério Observável | (I) Reconhece as suas capacidades, dificuldades e limites | (I) Reconhece e valoriza as suas capacidades |
| | (I) Conhece os seus interesses | (II) Mostra motivação, partilha interesses e mostra alegria |
| | (II) Identifica, reconhece e verbaliza as diferentes emoções | (III) Identifica fatores destabilizadores internos e externos |
| | (II) Verbaliza emoções, sentimentos e pensamentos | |
| Avaliação | (III) Permite-se estar de olhos fechados, permite toque, partilha acontecimentos e vivências pessoais | |
| | BASC e GOC | Autorrelato BASC e GOC |

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

Tabela 8. Objetivos terapêuticos no domínio cognitivo

| Domínio Cognitivo | | |
|---------------------|--|---|
| Objetivo Geral | Melhorar desempenho das funções executivas | Aumentar foco e permanência nas tarefas |
| Objetivo Específico | (I) Inibir respostas a estímulos distrateis (II) Aumentar leque de interesses (III) Aceitar experimentar novidades | (I) Aumentar capacidade de foco da atenção (II) Aumentar interesse nas tarefas |
| Avaliação | GOC | GOC |

Tabela 9. Objetivos terapêuticos no domínio psicomotor

| Domínio Psicomotor | | |
|---------------------|---|---|
| Objetivo Geral | Aumentar consciencialização corporal | Promover estruturação espacial |
| Objetivo Específico | (I) Integrar o conhecimento dos limites corporais como separação entre o Eu e Meio (II) Reconhecer variações tónico emocionais | (I) Reconhecer propriedades de objetos (II) Adequar movimentos e ações às propriedades físicas do espaço |
| Avaliação | GOC | GOC |

III.4.3.2 Atividades e Estratégias de Intervenção

Com base nas abordagens teóricas do primeiro capítulo, para atingir os objetivos desejáveis recorreu-se preferencialmente à atividade lúdica e adotou-se o cariz não diretivo, por forma a priorizar e valorizar a intencionalidade da criança e com isso aumentar o seu bem-estar e confiança na terapeuta (Costa, 2008). A intenção foi privilegiar e incentivar a iniciativa da criança e, progressivamente, introduzir atividades de planeamento (gnosopráticas) e relaxação terapêutica, para atingir os objetivos de aumento da confiança, aumento funcionamento executivo e aumento do autoconhecimento (Almeida, 2013; Costa, 2008). Apesar de a criança não apresentar desde início muita iniciativa nem interesses variados, aderiu bem a este tipo de abordagem, tornando-se colaborante e disponível para a relação.

Progressivamente, procurou-se introduzir jogo simbólico através dos jogos de luta (muito requisitados pela criança). Nesses jogos a criança criava situações de *role play* em que ambos adotávamos personagens de super-heróis – evidenciando nesta forma a sua necessidade de controlo da realidade e de onipotência. Esta atividade acabou por ser a atividade preferencial e mais requisitada pela criança até ao fim do acompanhamento. Nesta atividade eram introduzidas tarefas de planeamento (e.g., esquemas de ataque, criação do cenário/espço de luta) e estímulos distrateis (e.g., sons, objetos a cair) para estimular a atividade de planeamento e as capacidades de foco da atenção e controlo inibitório.

A relaxação terapêutica, com enfoque na consciencialização corporal, só foi introduzida na fase final do processo. Os momentos de relaxação incluíam toque e

contenção corporal – técnicas através das quais se procurou atingir maiores níveis de consciencialização corporal (Maximiano, 2004).

Dadas as características individuais e história de vida da criança, considerou-se ser uma criança a necessitar de afeto, contenção e segurança para estruturar figuras de referência. Deste modo a minha função enquanto terapeuta consistiu essencialmente em proporcionar à criança uma base segura para a manifestação das suas angústias afetivas, em que o jogo foi o principal elo de comunicação. A constituição de uma base segura está dependente da responsividade, consistência, reciprocidade e da aceitação e valorização da criança (Guedeney, 2004b).

Foram ainda delineadas estratégias que procurassem uma melhor adequação da criança às atividades e vice-versa para que se pudesse promover a sua participação e envolvimento nas sessões e se pudessem trabalhar os aspetos funcionais necessários, mantendo como base de intervenção a componente relacional.

Uma vez que o E apresentava comportamento inibitório e parecia reprimir as suas pulsões agressivas, quando começou a evidenciar interesse em jogo de luta, procedeu-se à introdução de um objeto mediador (rolo de esponja de dimensões idênticas à criança), manipulado e personificado por mim para permitir expressão de agressividade física.

Nesse mesmo jogo, eram simulados ataques sísmicos que resultavam em objetos (esponjas de diferentes tamanhos e pesos, almofadas, bolas e colchões) caídos em cima da criança provocando a contenção física para promover a noção do corpo, noção de limite e propriocepção.

Como forma de desenvolver os aspetos relacionados com a atenção e controlo inibitório, sem colocar o E em situação de “avaliação” (insegurança), utilizou-se a sua atividade preferencial para introduzir estímulos distráteis (sonoros e visuais) que permitissem avaliar e desenvolver a capacidade de foco.

Para induzir a cedência às propostas do outro, algumas sessões foram previamente preparadas (dispondo-se os materiais e o espaço) em função dos interesses do E e este acabava por reagir com surpresa e agrado à preparação do espaço procedendo à realização das atividades com motivação.

Sessão tipo

Dado que vários autores atribuem importância à rotinização das sessões, desde o início do acompanhamento que houve preocupação em estabelecer uma rotina de sessão, por forma a proporcionar organização e previsibilidade à criança, tal como se sugerem Costa (2008) e Vecchiato (2003). A rotina de sessão era composta por quatro momentos: momento de diálogo inicial que consistia numa conversa sobre a semana – a criança

contava os momentos mais significativos da sua semana – e no planeamento das atividades da sessão; momento de concretização das atividades; momento de arrumação e momento de diálogo final, no qual procurava refletir com a criança os momentos passados na sessão e por vezes acontecia o planeamento da sessão seguinte – criança sugeria espontaneamente atividades que gostava de realizar na sessão seguinte. Houve ainda o cuidado de estabelecer a rotina de sessão conjuntamente entre criança e terapeuta, por forma a estimular o interesse da criança e a valorizar as suas ideias, necessidades e desejos, como sugere Costa (2005).

Consoante a disponibilidade do adulto que acompanhasse a criança, no início ou o final de cada sessão, era realizada uma breve conversa, na qual ambas as partes tinham oportunidade de articular informação relativa à evolução do E nos contextos terapêutico e de vida diária na presença da criança. No entanto, a comunicação com os técnicos da casa de acolhimento nem sempre foi favorecida, pois a criança era quase sempre acompanhada por técnicos diferentes sem conhecimento total dos acontecimentos diários do E.

III.4.4 Evolução Terapêutica

Dadas as características e história de vida da criança, a fase de criação e consolidação da aliança terapêutica foi longa e constituiu o foco da intervenção. Como nos dizem os autores, a relação terapêutica é a base do processo terapêutico e um fator determinante para a evolução do mesmo (Costa, 2005). À semelhança do que acontece no percurso normal do desenvolvimento com as figuras de referência, a criança deve ver no terapeuta uma figura presente, responsiva, constante e consistente, que satisfaça as suas necessidades – constituindo uma base segura para o seu desenvolvimento e autonomização (Vecchiato, 2003). A aliança terapêutica obtém-se quando o terapeuta é capaz de estabelecer com a criança uma relação forte de segurança, cumplicidade, reciprocidade e interesse mútuo, de construção, ideias, projetos e fantasias (Almeida, 2005; Costa, 2005) – o que foi alcançado com o E na fase final do processo.

Em casos de crianças que apresentem comportamentos inibitórios, evitamento e/ou fuga, para ajudar à criação/consolidação da aliança terapêutica o terapeuta pode optar por estimular o interesse e participação da criança, adotando uma postura pouco diretiva que permita à criança agir dentro da sua zona de conforto e com reforço evoluir progressivamente para a desinibição comportamental (Costa, 2005). Segundo o autor, a atividade espontânea tem lugar quando a criança detém tranquilidade e segurança suficientes que a permitam libertar-se e afirmar-se, caso contrário a criança ficará tensa e essa tensão refletir-se-á também nos movimentos, desapontando a própria criança e

conduzindo à inibição. Neste sentido, foi privilegiada a ação livre, exploratória, e foi dada hipótese à criança de atuar e permanecer na sua zona de conforto respeitando-se o seu ritmo de evolução.

No primeiro mês de intervenção a criança optava por atividades funcionais (sem conteúdo simbólico) como jogo sensoriomotor e explorava sempre os mesmos materiais (esponjas, colchão, rolos, bolhas de sabão e bola suíça), na necessidade de repetição e satisfação corporal indispensáveis à sua disponibilidade para a terapia, com base nas concepções de Vecchiato (2003). Nessa exploração, a criança atirava-se para cima das esponjas, bola suíça e/ou colchões repetidamente, procurava a relação com o outro através do passe e recepção ou ataque e fuga utilizando a bola suíça e utilizava as bolhas de sabão para exibir competências e obter valorização do outro (“queres ver o que eu sei fazer?”, “olha aqui, o que eu consigo” *sic*) – detetando-se através destas dinâmicas um desejo de relação e pertença e insegurança que mantinha a criança no registo funcional e repetitivo. Como refere Martins (2001b), a experimentação sensoriomotora é importante para que a criança encontre prazer no movimento aumentando a expressividade corporal e permitindo ao terapeuta reestruturar as condutas desadequadas. A valorização da relação através de objetos e dinâmicas de passe e de fuga é um importante vetor de comunicação já que nestas dinâmicas a criança aprende situações de causa efeito e introduz mecanismos de relação com outro (Vecchiato, 2003). Em qualquer destas atividades foi procurada a valorização e incentivo da iniciativa do E, que por vezes necessitou de apoio para dar continuidade às suas iniciativas (e.g. diversificar funções dos objetos).

Foram também desenvolvidas algumas atividades sensoriais (de exploração tátil, olfativa e de paladar) para estimular o foco da atenção, atenção seletiva e a consciencialização corporal. A criança aderiu com entusiasmo a este tipo de atividades e apresentava bom desempenho nas mesmas, pelo que durante algum tempo se investiu neste tipo de atividades. Segundo Cruz e Lobo (2005) permitir o sucesso à criança é reforçar a sua autoestima, e esta premissa foi bastante tida em consideração com o E.

Apesar da falta de confiança e necessidade inicial de distanciamento, o E mantinha-se colaborante e aumentou o seu interesse e participação nas sessões facilmente. Nos primeiros dois meses, o E era incapaz de permanecer nas sessões por mais de 30 minutos, sendo que a sua tolerância foi aumentando à medida que aumentava a confiança até ao ponto de se abstrair da contagem do tempo. Segundo, Branco (2000) é natural crianças com depressão fazerem evitamento e fuga ao desafio, retraindo-se de certas atividades e até mesmo recusando propostas do outro quando estas implicam confortamento com o seu sofrimento ou com as suas dificuldades. A inibição pode ser uma forma de evitamento, pela

qual a criança que sente angústia e baixa autoestima, se defende preservando a sua personalidade (Costa, 2005).

Quando o E iniciou a atividade de jogo simbólico e *role play* não apresentava capacidade de significação das experiências vividas, sendo necessário verbalização e significação das atividades por parte do adulto. A partir do quarto mês de intervenção começou a evidenciar clara preferência pelo jogo de *role play* e de luta, sendo a sua atividade preferida e aquela que acabou por dominar nas sessões. A personagem adotada pela E era o Super-homem (personagem imortal) que se confrontava com o Batman (personagem humana) personificado por mim através de um objeto mediador (rolo de esponja de dimensões idênticas ao E em altura e largura). Durante os meses seguintes o E solicitava sempre a realização desta atividade e raramente sugeria ou aceitava outras atividades.

O carácter repetitivo deste jogo foi por mim interpretado como uma dupla necessidade de continuidade e de antecipação/previsibilidade, e com base nas considerações de Malpique e Pinto de Freitas (2014b) e Martins e Rosa (2005), a possibilidade de repetição permite à criança aumentar a sua segurança, resultando em maior disponibilidade e atenção para a concretização das atividades construtivas, bem como uma maior cooperação e reciprocidade na relação – que se verificou no E.

O próprio jogo foi sofrendo alterações ao longo do tempo, adquirindo um carácter progressivamente mais simbólico, no qual se pode interpretar que a criança representava a sua dor em relação à “morte” simbólica da sua família, manifestada num desejo de vingança e agressividade, verbalizando e.g. “tu mataste a minha família, e agora eu vou matar-te” ou “a minha família desapareceu e agora vão pagar por isso”. Note-se ainda que a criança fez colagem às personagens Batman e Super-homem (os dois protagonistas das sessões) do mundo fictício da Marvel, ambos órfãos. Remetendo aos processos de vinculação, é através dos jogos de luta e perseguição que a criança aprende a gerir e moderar a sua agressividade, primeiro desenvolvendo este tipo de atividades com os pais – que servem de modelo variando a intensidade da interação consoante a excedência da criança – (Veiga, 2017). Nesta dinâmica a criança retém o prazer da reciprocidade de domínio e subordinação, construindo a sua autoestima e autoafirmação de forma saudável e equilibrada, assumindo sempre que o adulto continua a ser o mais forte (Veiga, 2017). Na validação deste jogo o adulto transmite, por um lado uma mensagem de segurança e de valorização (ao deixar-se dominar pela criança) e por outro a noção de limites e de contenção (Veiga, 2017).

Nesta atividade era dramatizado o confronto entre as personagens: os momentos de ataque, de vulnerabilidade e de derrota. Nos momentos em que dramatizava derrota o E não representava vitória, mantendo o desejo de perpetuar o confronto, mas demonstrando pouca eficácia nos movimentos de reparação. Quando me via imóvel após um ataque, fingindo morte ou debilitação, o E fazia corte da fantasia e passava para o plano real procurando resolver, nesse plano, a situação em que nos colocava “vá, tu afinal não estavas mesmo morto e depois vinhas atrás de mim” *sic*; “a tua personagem também era imortal” *sic* – eram as soluções que apresentava para me manter em jogo. As crianças com depressão e com vinculações inseguras tendem a ter padrões de relacionamento pouco eficazes, mostrando dificuldade em mostrar empatia com outros, explicando-se assim a falta de capacidade em restaurar relações (Alves e Lobo Antunes, 2018). O E manifestava ainda a sua insegurança numa necessidade de controlo, recorrendo várias vezes à passagem da fantasia para o real, para me revelar o que gostava que acontecesse, monitorizando os acontecimentos, evitando confrontar-se com a imprevisibilidade e com a frustração das suas expectativas.

Ao permitir que a criança canalizasse a sua agressividade, adotasse a personagem mais forte/poderosa e ao aceder às suas solicitações foi possível satisfazer a sua necessidade de domínio e com isso aumentar a sua confiança e autoestima – tal como defendem Costa (2005 e 2008), Vecchiato (2003) e Veiga (2017). A criança aumentou a capacidade de reparação da relação, desenvolvendo estratégias em jogo para prolongar a interação, e mesmo mantendo-se no plano destrutivo e competitivo, passou permitir-se colocar no papel de derrotado e mais tarde a permitir cuidados e partilhar poderes (como forma de cuidar do outro).

À medida que a relação de confiança evoluía notava-se maior disponibilidade por parte o E para a experimentação de novas atividades e aceitação das sugestões do outro. Esta disponibilidade permitiu a introdução de atividades de relaxação e consciencialização corporal – que foram introduzidas no jogo simbólico para revitalizar o corpo e os poderes do super-homem/criança após os confrontos com o seu inimigo – às quais o E aderiu com facilidade. Foi também possível introduzir no jogo situações de imprevisibilidade e o E foi minimizando o controlo no plano real entregando-se à atividade.

As atividades de consciencialização corporal consistiam em colocar o “super-homem” numa cápsula da vida (a criança deitava-se em decúbito dorsal num colchão e era envolvida em panos) que era manuseada por mim – cientista dos super-heróis – percorrendo com o toque o corpo da criança desde as extremidades inferiores até à cabeça, primeiro avaliando quais as zonas mais afetadas (mais tensas ou cansadas) e de

seguida aplicando tensão, calor e contenção para promover a descontração muscular. Segundo Martins e Rosa (2005), as técnicas de consciencialização corporal, assentes na consciencialização e vivência tónico-emocional constituem uma forma de intervenção com intencionalidade psicoterapêutica, que interferem na reelaboração do esquema corporal e imagem corporal. Nestas atividades atingimos os objetivos critério de “permitir o toque” e “permitir-se estar de olhos fechados”

Apesar de manter a preferência pela luta de super-heróis, nos últimos dois meses de intervenção o E passou a aceitar outras propostas, a incluir outras atividades na sessão, algumas por iniciativa própria (diversificando os seus interesses – objetivo critério tabela 7). No último mês foi possível observar uma grande evolução por parte do E que manifestou desejo de construção e cooperação, solicitando que criássemos atividades novas em conjunto (e.g. fazer construções com materiais existentes na sala). A transição do jogo destrutivo para o jogo de construção em equipa, reflete aumento de confiança na relação, sentimento de pertença e reestruturação psíquica (Vecchiato, 2003).

Também a partilha de acontecimentos vividos fora da sessão aumentou (objetivo critério tabela 7), dado que o E aumentou o seu discurso espontâneo e os períodos de diálogo, contando-me situações do seu dia-a-dia, acontecimentos marcantes da semana e permitindo que o questionasse sobre determinados aspetos que surgissem (como idas à urgência, problemas acontecidos em casa ou na escola).

Com base nestas evoluções considero que o aumento de confiança e a consolidação da aliança terapêutica foram alcançados, o que permitiu influenciar naturalmente outros objetivos do desenvolvimento do E, ainda que não refletidos noutros contextos – a articulação constante com os técnicos da instituição permitiu concluir que o E esteve sujeito a muitas alterações no âmbito familiar e institucional (e.g. alterações dos membros da equipa, regresso dos irmãos mais velhos e atitudes inconstantes por parte do pai) que influenciaram o bem-estar da criança.

Apesar do progresso ter sido praticamente constante é necessário mencionar que nem sempre se verificava no E a mesma disposição ou disponibilidade, o que interferia na velocidade de evolução, mas não a impedia. Por isso, concluo que as mudanças de que os contextos ambientais do E foram alvo repercutiam-se no seu funcionamento.

A própria intervenção psicofarmacológica foi sendo alterada com alguma frequência e refletia-se em aumento de tremores, sonolência, lentificação e apatia aquando ao aumento das dosagens, enquanto com a diminuição da medicação o E vinha mais disponível e atento. No entanto, segundo os técnicos da instituição e a escola, nestas alturas o E aumentava a frequência e intensidade dos seus problemas de comportamento

e comportamentos de risco, tornava-se mais irritável e instável no ambiente institucional e escolar.

Relativamente às atitudes do pai: inicialmente encontrava-se colaborante com os técnicos da instituição, cumprindo os planos parentais propostos, mas nos últimos dois meses entrou em conflito com os técnicos não cumprindo com os planos, e inclusive não assegurando a presença do E nas consultas médicas ou sessões de psicomotricidade quando estava encarregue da criança.

Em abril realizou-se uma reunião multidisciplinar entre técnicos da casa de acolhimento, professora titular e professora de educação especial, psicólogas do surf terapêutico e intervenientes do contexto hospitalar (médica e psicomotricista), na qual se concluiu que o E estava a beneficiar dos diferentes apoios, mostrando melhorias principalmente em contextos de relação individual e diminuindo a frequência de idas às urgências. Contudo, o E era extremamente sensível às alterações ambientais e não tinha ainda adquirido competências internas e estruturais que permitissem controlar e diminuir os sintomas comportamentais. Para proteger a criança da instabilidade vivida, era necessária consistência por parte dos intervenientes, ao nível das respostas terapêuticas e mediação relacional entre criança e família (realizada pelos técnicos da instituição).

No último mês a médica pedopsiquiatra do E ausentou-se devido a baixa médica por gravidez o que provocou no E um ligeiro distanciamento e recessão.

III.4.5 Avaliação final e comparação de resultados

No último mês de intervenção foram feitas novas avaliações das BASC e GOC. Note-se que apesar de a GOC não ter sido usada constantemente ao longo do acompanhamento, foram feitos registos de observação de todas as sessões. Estes registos permitiram a monitorização organizada do processo terapêutico, mas por terem sido efetuados no sistema do Hospital, não constam neste relatório, para não violar os princípios e leis de proteção de dados. No entanto as principais evoluções sentidas foram relatadas no subcapítulo anterior com base nos mesmos.

Resultados GOC

Tal como no subcapítulo de avaliação inicial o registo completo da GOC encontra-se em anexo (7) apresentando-se de seguida os sinais de mais destaque na tabela 10.

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

Tabela 10. GOC avaliação final

| Domínio | Comportamento Observado |
|--------------------------------------|--|
| Comportamento e desempenho na sessão | Diminuiu passividade significativamente |
| | Adere a propostas do outro com estímulo |
| | Aumentou iniciativa |
| | Recusa certas tarefas e desiste quando experimenta insucesso |
| Relação | Estabelece relação com terapeuta por iniciativa própria |
| | Dificuldade elevada na expressão afetiva e das emoções |

Verifica-se que o E evoluiu na componente de atitude e relação face à terapia/terapeuta, apesar de manter algumas dificuldades na expressão afetiva e na permanência nas tarefas. A componente psicomotora esteve sempre afetada pelos psicofármacos que o E tomava, que resultavam em alterações tónicas, tremores e lentificação, como era expectável na ação desses medicamentos segundo Lobo Antunes (2018a).

Resultados BASC escala de autorrelato

Tal como na avaliação inicial, o preenchimento da escala de autorrelato da BASC na avaliação final, foi preenchido em sucessivas sessões, uma vez que o E apresentou pouca disponibilidade para responder ao questionário.

Como se pode constatar nas figuras 8 e 9 os índices dos sintomas comportamentais do perfil clínico aumentaram na sua maioria, à exceção da atipicidade que diminuiu e depressão que se manteve.

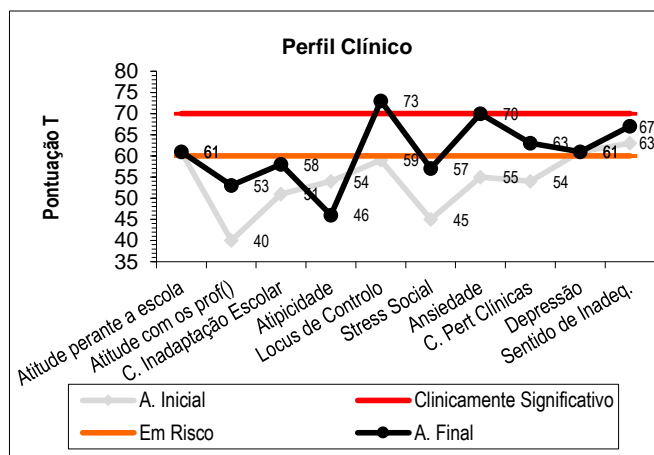


Figura 1. Perfil clínico inicial e final - autorrelato BASC

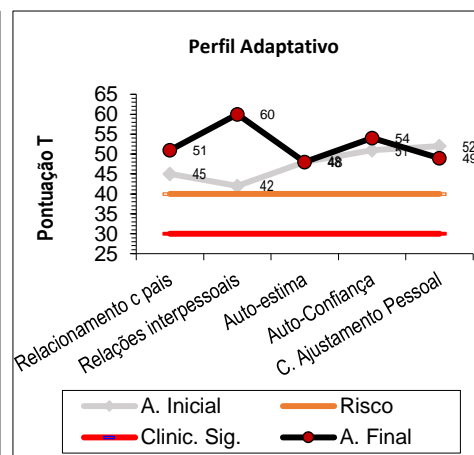


Figura 9. Perfil adaptativo inicial e final - autorrelato BASC

A atitude com os professores, locus de controlo, stress social e ansiedade foram os sintomas com aumento mais agravado. No entanto, estes resultados são interpretados pelas influências ambientais (instabilidade dos contextos) e pelo aumento do autoconhecimento desenvolvido na terapia psicomotora. Apesar de não se ter incidido

diretamente neste objetivo, a experimentação corporal, a expressividade motora e as técnicas de consciencialização corporal introduzidas nas sessões permitiram que a criança desenvolvesse a sua auto percepção e assim se consciencializasse dos seus comportamentos e atitudes (Martins e Rosa, 2005). Segundo Costa (2005), ao distinguir melhor as suas capacidades e limitações, a criança organiza as suas percepções e aumenta a autoconfiança e autoestima. Contrariamente, as competências do perfil adaptativo aumentaram, excetuando a autoestima que manteve e a componente do ajustamento social que diminuiu ligeiramente o que pode refletir um aumento de autoestima.

Resultados BASC escala para pais

Apesar de ter sido dada instrução para as escalas de avaliação inicial e final serem preenchidas por um só observador e o mesmo em ambos os momentos, a escala para pais da avaliação final não foi preenchida pelos mesmos observadores da avaliação inicial, pelo que a análise dos dados fica invalidada, segundo os critérios de preenchimento dos autores da BASC. No entanto, a análise foi feita e refletiu as seguintes mudanças (figuras 10 e 11):

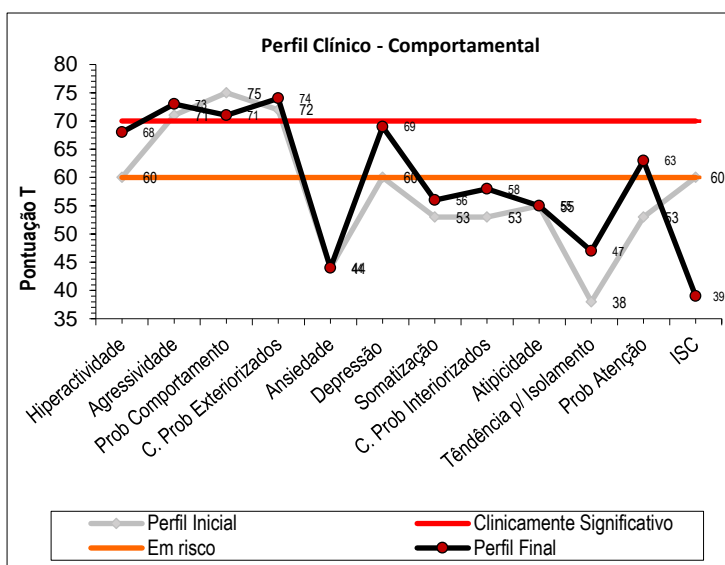


Figura 2. Perfil clínico inicial e final - pais BASC

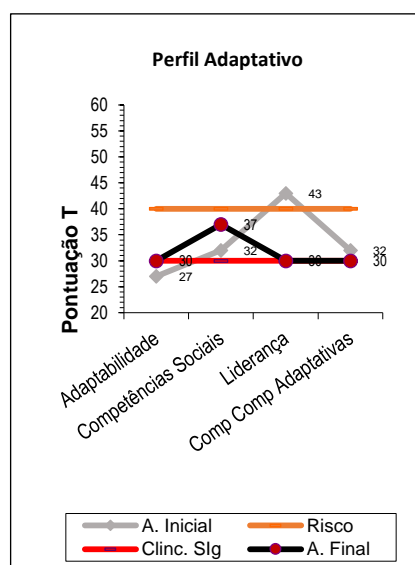


Figura 11. Perfil adaptativo inicial e final - pais BASC

Apesar dos observadores não serem os mesmos da observação inicial, os resultados finais não desfazam muito dos iniciais percecionando-se uma certa constância nas atitudes face à criança neste contexto. Como se pode ver, a hiperatividade, depressão, tendência para o isolamento e problemas de atenção foram sintomas graves alterações para pior. De todos estes sintomas chama-se a atenção para a depressão que como vimos, na infância, se pode caracterizar por tendência para o isolamento, reatividade, hiperatividade e agitação, que conduzem a desatenção e desinteresse, e por vezes se confunde com outras perturbações ou problemáticas do comportamento (Alves e Lobo

Antunes, 2018). Mais uma vez se considera que o impacto das alterações envolvimento tem destaque na explicação destes resultados, mas relembro que os mesmos não são passíveis de retirar conclusões por refletirem percepções de pessoas diferentes.

Resultados BASC escala para professores

Os resultados da escala para professores mostram que a criança diminuiu os sintomas de comportamentos externalizantes, mas aumentou os problemas de atenção, problemas escolares, atipicidade, tendência para o isolamento e índice geral de sintomas comportamentais (figuras 12 e 13):

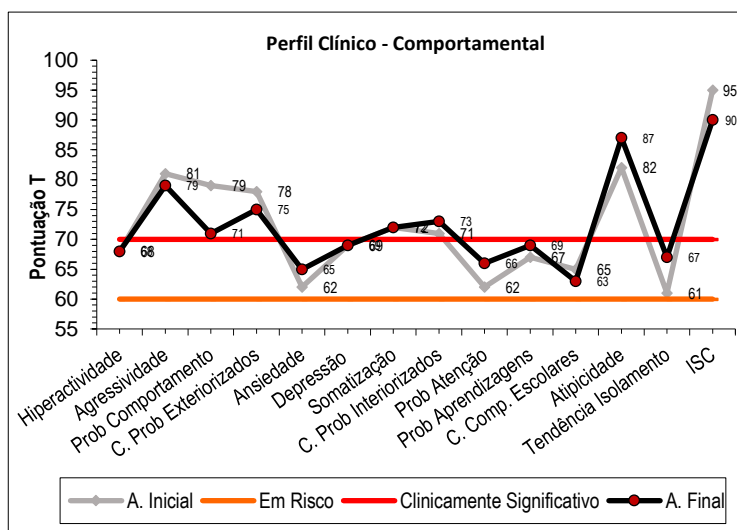


Figura 12. Perfil clínico inicial e final - professores BASC

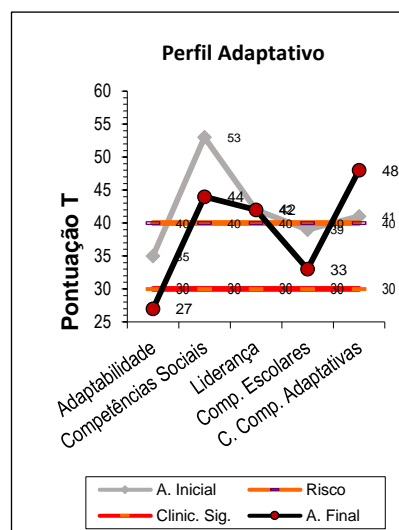


Figura 13. Perfil adaptativo inicial e final - professores BASC

A percepção da professora manteve-se, numa apreciação global, praticamente constante não alterando muito os resultados. Como dizem Alves e Lobo Antunes (2018), é típico crianças com depressão reagirem negativamente ao contexto escolar, apresentando desinteresse pelas tarefas escolares, rejeição das mesmas, tendência para o isolamento e problemas de comportamento derivados da falta de estruturação interna para lidar e responder de forma ajustada às exigências do contexto.

III.4.6 Considerações finais do estudo de caso

Após o período de intervenção, conclui-se que no contexto individual e seguro, a criança foi capaz de evoluir e aumentar competências especialmente ao nível socio emocional: relação interpessoal, autoconfiança e confiança interpessoal, autoconhecimento, capacidade para manter relações; e aumento de interesses.

Tal como expectável, segundo a literatura, verificou-se que a realização de atividades de expressão corporal e simbólica facilitam a expressão de conflitos internos e estimulam a comunicação de crianças com alterações do comportamento (Martins, 2001b;

Vecchiato, 2003; Costa 2008). A mediação do terapeuta e a representação enquanto base segura e figura de referência são alvos de elevada importância e reflexão uma vez que só foi possível verificar mudanças e evoluções no E quando este atingiu o nível de segurança apropriado. Costa (2008) afirma que é natural crianças com problemas de comportamento ou afetivos, demonstrem fraca criatividade e espontaneidade traduzidas como bloqueios, sendo função do terapeuta valorizar toda a atividade da criança de modo a que esta se sinta confiante e com capacidade para responder às exigências externas desbloqueando os seus mecanismos defensivos. O mais importante, segundo o autor é desenvolver a autonomia afetiva destas crianças, incentivar a expressão livre e promover a expressão da agressividade de forma simbólica, bem como permitir a expressão de fantasias e sentimentos.

No que toca à intervenção com a família, neste caso instituição, e escola, foi necessário investir na relação com os cuidadores a fim de partilharem mais ativa e concretamente as evoluções/dificuldades do E ao longo do tempo. O trabalho em multidisciplinariedade com este caso permitiu refletir que, muitas vezes a busca de múltiplos apoios e terapias pode ser destabilizadora e pouco eficaz, inversamente ao que se pode pensar, sendo de extrema importância a articulação constante entre técnicos e o delineamento conjunto do plano terapêutico para que haja a maior consistência de respostas possível.

Dada a evolução do E em contexto de terapia psicomotora é importante a manutenção do acompanhamento, mas frisa-se que neste caso a mudança de técnico deve ser o mais evitada possível para evitar sentimentos de perda ou abandono.

III.5 Atividades Complementares de Formação

Ao longo do período de estágio foram ainda desenvolvidas atividades complementares de formação, em núcleo de estágio e autonomamente, como de seguida se apresenta.

III.5.1 Formação no âmbito do núcleo de estágio

No âmbito académico, ocorreram quinzenalmente, e ao longo de cerca de 8 meses, reuniões de núcleo de estágio com a orientação do professor Rui Martins. Nessas reuniões desenvolveram-se várias atividades como apresentações, elaboração de material de divulgação da psicomotricidade e de material científico sobre o tema *A intervenção psicomotora e os diferentes padrões de vinculação*.

Apresentações:

Os temas apresentados em reunião foram essencialmente temas de pertinência para os contextos de estágio dos três alunos. As apresentações assentaram sobre:

- A Intervenção Psicomotora nos Diferentes Padrões de Vinculação (apresentação conjunta)
- A Psicomotricidade em Pedopsiquiatria: a infância, o corpo e o psiquismo
- O Brincar Espontâneo e a Psicomotricidade
- Agressividade e Oposição: a expressividade da criança e a atuação do psicomotricista
- Apresentações de Estudos de Caso acompanhados em estágio

Nestes momentos houve espaço para a reflexão conjunta, troca de ideias e partilha de conhecimentos que, sem dúvida, constituíram fatores determinantes para o meu crescimento enquanto profissional, ajudando ao raciocínio e reflexão clínica dos casos acompanhados, bem como das diferentes problemáticas surgidas. Neste ambiente de partilha era também possível expor dúvidas e inseguranças, que com a reflexão conjunta se iam dissipando dando lugar a certezas e confiança que influenciaram a minha prática profissional.

Material de divulgação:

No que concerne ao material de divulgação da psicomotricidade, a motivação para a sua criação surgiu da necessidade de demonstrar de forma clara e acessível a várias populações, o valor e a imagem profissional desta área ainda tão desconhecida por tantos. A população alvo selecionada foi as famílias e escolas. O conteúdo destes materiais destina-se a dar a conhecer os objetivos da intervenção psicomotora, os possíveis destinatários desta intervenção, os âmbitos em que pode ser aplicada e os métodos de intervenção existentes. Ao todo foram elaborados três tipos de materiais distintos: um póster, postais ilustrativos e uma brochura informativa, que se podem consultar no anexo 8.

Material científico:

O material científico criado foi desenvolvido progressivamente ao longo do ano e assentou no tema da vinculação. O primeiro documento (anexo 9) consistiu numa comunicação apresentada nas II Jornadas Científicas de Psicomotricidade, com o tema *É possível voar de um ninho desfeito? Mediação comportamental em intervenção psicomotora nos padrões de vinculação insegura*. O mesmo tema continuou a ser aprofundado e foi levado, em formato poster (anexo 10), ao 19.º Congresso Internacional de Psiquiatria – *WCP World Congress of Psychiatry* – realizado em Lisboa.

Foi ainda elaborado um artigo com o título “*Psychomotor therapy in attachment disorders*”, cuja perspetiva é que venha a ser publicado numa revista internacional com visibilidade científica e fator de impacto.

Ao debruçarmo-nos sobre o tema da mediação comportamental em intervenção psicomotora com crianças com padrões de vinculação insegura compreendemos que há poucos estudos nesta matéria e falta de estratégias de intervenção específicas para esta problemática. Neste sentido, a questão à qual procurámos responder foi se seria pertinente desenvolver modelos teórico práticos e estratégias de intervenção específicas com base nas características apresentadas por crianças com diferentes padrões de vinculação insegura. Aliando a perspetiva psicodinâmica da intervenção psicomotora ao modelo proposto por Vecchiato (2003) procurámos integrar um modelo de intervenção diferenciado, com estratégias adaptadas para cada padrão de vinculação insegura tal como defendem os autores de referência na área.

Por fim, importa referir que considerámos pertinente o desenvolvimento de modelos de intervenção em terapia psicomotora para as perturbações de vinculação e a comprovação com evidências científicas dos efeitos terapêuticos dos mesmos.

III.5.2 Formação no âmbito do SPSMIA

No âmbito da formação interna no SPSMIA, além da própria experiência de estágio, reuniões de equipa e observações de outras intervenções, tive possibilidade de assistir a encontros organizados entre técnicos de diferentes áreas, para discussão de determinado tema ou problemática relacionada com a saúde mental infantil. Um destes momentos, divulgado pela enfermeira do SPSMIA incidiu na prevenção na primeira infância com o tema: “*The Period of Purple Crying. Porque choram os bebés?*”. A participação neste encontro permitiu a sensibilização para os desafios da parentalidade nos primeiros meses de vida da criança (e dos “recém pais”) e a importância de informar e capacitar os pais para o exercício das suas funções parentais, por forma a prevenir eventuais complicações futuras derivadas de condutas desadequadas (por parte dos pais) nos primeiros meses de vida do bebé, e assim garantir que os processos de vinculação se formam harmoniosamente, de forma positiva.

Formação externa – Participação em Congressos e Encontros Científicos

Através do SPSMIA obtive também oportunidades de formação complementares, tendo sido a mais determinante o conhecimento do modelo DIR *Floor Time* e acesso ao curso online. Foram também proporcionadas hipóteses de participação nas II Jornadas da Criança – O desenvolvimento da linguagem, onde se abordaram temas relativos ao

desenvolvimento da comunicação na infância e foram referenciadas estratégias e metodologias de intervenção em casos de atraso na linguagem, que acabaram por ser úteis para a prática de intervenção com a criança em fase de diagnóstico (caso e), e a participação no encontro promovido pela Enfermeira do SPSMIA sobre a rede de cuidados na primeira infância.

Criação de materiais de intervenção

Outra atividade que convém mencionar é a criação e introdução de novos materiais de intervenção em psicomotricidade no SPSMIA, que surgiram da necessidade, avaliada com a Dr.^a Lídia, em proporcionar às crianças atividades de exploração sensorial. Apesar do principal propósito ser a estimulação sensorial, os objetos foram criados com intenção de serem versáteis tanto na utilidade como nos objetivos a que o seu uso se destinasse. Assim, foram produzidos:

- Sacos sensoriais – objetos de pequena dimensão e textura suave enchidos com diferentes constituintes (feijões, grãos, areia, arroz, algodão, pedras e sementes). Este material permitia estimulação sensorial tátil e auditiva; discriminação sensorial; discriminação de peso; seleção da atenção, e podia ainda ser utilizado em jogo para perceção e controlo de força, coordenação ocular manual, tarefas de equilíbrio, consciencialização corporal e técnicas de relaxação.
- Caixa do Olfato e do Paladar – que consistia essencialmente na exploração sensitiva do olfato e paladar, permitindo a discriminação sensorial, foco e seleção da atenção e aumento do autoconhecimento. No entanto, ao longo da sua utilização, este material foi-se revelando particularmente útil na criação da relação de confiança, uma vez que de forma lúdica e descontraída causa situações de desafio para a criança (adivinhar o cheiro ou gosto) em que a mesma se disponibiliza e entrega ao terapeuta (permitindo-se estar de olhos tapados e aceitar provar ou cheirar o que este lhe apresenta) e tem também a possibilidade de colocar o terapeuta na situação inversa (vulnerável).
- Foram ainda introduzidos “dados contadores de histórias” que de forma simples permitem conduzir a criança à estimulação da criatividade, elaboração e sequencialização do pensamento, estimulação da expressão verbal, gráfica (ou outras), e possibilitam ainda a criação individual e conjunta.

III.6 Dificuldades e Limitações

No decorrer do estágio vários desafios foram enfrentados, com mais ou menos sucesso, contribuindo para a aprendizagem e evolução profissional.

Destaco como dificuldades a articulação com famílias e com escolas, que apesar de fundamentais nos processos terapêuticos e na harmonização das estratégias a implementar nos diferentes contextos, nem sempre têm a importância do seu papel autorreconhecida. Promover um olhar globalizado sobre a criança, nos pais e educadores é uma tarefa fundamental e pôde ser facilitada com estratégias de modificação comportamental como questionar acerca do funcionamento da criança nos diferentes contextos, orientando o pensamento dos mesmos para os fatores que inibem ou despoletam comportamentos indesejáveis ou desejáveis alertando-os para o facto de se poder procurar controlar os fatores identificados. Concretamente, no que concerne à articulação e relação com as famílias, a maior dificuldade esteve em criar relações de confiança com estas famílias, tornando-as intervenientes ativos dos processos terapêuticos (aumentando o seu papel além de assegurar a frequência da criança às consultas). Na intervenção com famílias deve-se proceder com sensibilidade, uma vez que, segundo a literatura, familiares de crianças com problemáticas de desenvolvimento tendem a sofrer maiores índices de stress parental, por vezes culpabilidade ou, por outro lado, no caso de famílias disfuncionais, tendem a não reconhecer as suas dificuldades ou falhas no exercício da sua parentalidade que possam influenciar o comportamento da criança (Franco, 2009; Rios e Williams, 2008).

Outra dificuldade sentida foi lidar com situações e sentimentos de impotência e imprevisibilidade enquanto terapeuta. Aceitar que nem sempre os planos terapêuticos correm como expectamos ou que as próprias sessões estão sujeitas a múltiplos fatores que podem influenciar a disponibilidade, motivação e desempenho das crianças é também um processo de aprendizagem. Senti que a autoconfiança profissional e segurança nas decisões tomadas é importante para que enquanto terapeutas sejamos capazes de aceitar que a terapia é um processo construtivo, onde há espaço para a frustração, que pode ser demorado devido a múltiplos fatores, não significando a “lentidão” do processo o insucesso ou ineficácia do mesmo. Enquanto estudante e simultaneamente profissional, procurei focar-me na individualidade de cada caso, agindo à luz dos princípios da *Teoria da mãe suficientemente boa* de Winnicott, acreditando que a minha função enquanto terapeuta é estar presente para os pacientes, aceitar e respeitar os seus ritmos, orientá-los no sentido da autonomia e autorregulação, sem oferecer soluções imediatas e sem sobrepor os meus objetivos de satisfação/realização pessoal/profissional à importância da relação.

Conclusão

Ao longo da formação académica vamos adquirindo conhecimentos e construindo uma identidade profissional, assente nos modelos teórico práticos que caracterizam a psicomotricidade, mas é na prática clínica que nos descobrimos e formamos enquanto terapeutas. As orientações teóricas servem de base para a intervenção, mas é na especificidade de cada relação que se compreende a aplicação dos conceitos e modelos e só aí se consolida a formação profissional.

Um ambiente como o do SPSMIA do HSFX é vantajoso para a realização de um estágio de aprofundamento de competências profissionais pelas oportunidades que abre: colaboração com uma equipa multidisciplinar, preparada para nos habilitar a intervir em várias vertentes, e que articula constantemente com vários serviços da comunidade e outras especialidades terapêuticas, possibilitando uma experiência enriquecida na medida em que conhecemos várias realidades diferentes, muitas das quais não contemplamos no plano teórico. Neste ambiente, tive contacto com várias populações, problemáticas/perturbações e estratos sociais, o que sem dúvida enriqueceu a minha experiência, confrontando-me com diferentes realidades às quais se associam diferentes desafios que requerem adequação de estratégias da nossa parte. A própria diversidade do serviço e multidimensionalidade de intervenções ajudou-me a desenvolver competências de trabalho de equipa e a solidificar as perceções teóricas relativas à imprescindibilidade do trabalho organizado em multidisciplinariedade.

Em retrospectiva, acredito que a integração na equipa foi bem sucedida e me permitiu níveis de colaboração aprofundados com outros técnicos. Esta colaboração próxima com outros técnicos ao longo do estágio permitiu-me também evoluir enquanto profissional e progressivamente aumentar a confiança para participar mais ativamente em discussões de casos, partilhando questões, tal como as minhas próprias considerações e assim estimular o meu pensamento divergente, reflexão e interpretação de casos, bem como adquirir aos poucos a linguagem técnica essencial à uniformização da informação entre serviços.

Também no plano individual, na relação com os pacientes, senti que à medida que me integrava nas atividades de estágio a minha confiança aumentava e originava transformações na minha “psicomotricista interior”. A forma mais objetiva de constatar estas mudanças foi passar de imitar/copiar o meu modelo de aprendizagem – a Dra. Lídia – a descobrir-me a mim mesma enquanto terapeuta, de modo progressivo e espontâneo (e relativamente inconsciente), abandonando essa personagem copiada e dando cada vez mais de mim mesma.

Aprofundei também a minha compreensão relativamente às dinâmicas de interação entre terapeuta e paciente, e entendi que não podem existir “receitas” em mediação terapêutica. Efetivamente, pessoas com perfis idênticos exigem tratamento diferente consoante e.g. a sua história pessoal e desenvolvimental e os ambientes em que vivem e, claro, a intuição do terapeuta ao conhecê-las. Um exemplo prático e objetivo: conheci crianças inibidas cuja necessidade primordial (por mim interpretada) era o respeito e proteção das suas inseguranças, sendo que, com estas, a minha atitude deveria adotar um cariz mais “maternal”, e por outro lado conheci outras crianças inibidas que evidentemente necessitavam, e indiretamente solicitavam, estímulo e desafio – “provocação” – para a manifestação da sua personalidade.

A gestão comportamental em sessão face a cada criança, bem como a adequação de estratégias ocorreu de forma natural, sem grandes planeamentos, e acredito que assim o é sempre que somos capazes de nos envolver na relação ao ponto sermos parte dela e estarmos, além de presentes, disponíveis e participativos. É claro que esta envolvimento não descarta a necessidade das reflexões e planeamentos gerais dos processos terapêuticos, que devem aliás merecer atenção continuada, para que as estratégias e atividades sejam incluídas na relação com intencionalidade terapêutica.

No que concerne às avaliações, sem dúvida que são um fator fundamental no processo terapêutico, pois sem elas a intervenção torna-se meramente recreativa e sem intencionalidade objetiva. No entanto, foco que em intervenção psicomotora o terapeuta é privilegiado na relação que estabelece com os seus pacientes, que lhe possibilita uma compreensão global e integrativa dos perfis de funcionamento dos mesmos, sendo aqui a observação determinante desde o momento inicial até ao final do acompanhamento. A aplicação de instrumentos nem sempre transparece a realidade uma vez que está sujeita a variáveis externas que podem influenciar os resultados. Por este motivo, atribuí sempre significado às observações efetuadas e às mudanças que ia sentido nas crianças e famílias ou que as famílias e escolas iam relatando, procurando sempre uma visão integrativa destas informações (recolhidas informalmente) com as informações recolhidas através das avaliações formais.

Creio com isto, ter adquirido as competências pessoais e profissionais de “gestão de planos de intervenção em reabilitação psicomotora” (artigo, 3.º NRMRP, 2018 p.1), em contacto alargado com pacientes, famílias e estruturas da comunidade, e competências de integração em equipas multidisciplinares. No âmbito científico, o trabalho desenvolvido conjuntamente com os colegas de estágio e com o Professor Rui Martins, serviram de “contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas

práticas, (...), visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área” (artigo, 3.º NRM RP, 2018 p.2). Assim, considero alcançados os objetivos a que o estágio de aprofundamento de competências profissionais se propõe, dispostos nos artigos, 3.º e 4.º das Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2018), da FMH.

Numa perspetiva mais alargada, considero que a formação no Mestrado de Reabilitação Psicomotora contribuiu para a minha maturação profissional, abrindo-me horizontes e perspetivas acerca das vertentes metodológicas e científica da área. Acima de tudo, levo destes dois anos o conhecimento científico necessário para uma boa prática profissional e levo deste estágio a segurança de ser capaz de colocar em prática as aprendizagens adquiridas.

Ver a influência do nosso trabalho refletido no desenvolvimento das crianças e em alterações nos seus contextos familiares e escolares é um fator de imensa gratificação e confirmação de sucesso profissional. No entanto, deve ser também fator de alerta para a enorme responsabilidade da nossa profissão e dos cuidados que acarreta.

Por este motivo termino esta fase da minha formação comprometendo-me a perpetuar a busca de conhecimento e atualização científica e dos métodos práticos, pois vejo nisso uma possibilidade de crescimento, fortalecimento e validação desta prática profissional.

Referências Bibliográficas

- Afonso, N. e Amorim, N. (2018). Intervenção Clínica em Contexto Escolar. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.611-618). Alfragide: Lua de papel.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. e Wall, S. N. (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Taylor & Francis INC.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatria infantil*. Barcelona: Masson, S.A.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade, jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomosoma.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Alves, M. e Lobo Antunes, N. (2018). Perturbação Depressiva. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.495-508). Alfragide: Lua de papel.
- Alves, A. A. M. e Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Antony, S. M. R. (2009). Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2), 356-375.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5.^a edição). Porto Alegre: Artes médicas.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Retirado de: <https://www.appsicomotricidade.pt/wpcontent/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do Comportamento e Aprendizagem, A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento do crescimento da criança*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Barrias, P. (2014). Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. In P., Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 115-136). Lisboa: Lidel.
- Benavente, R. e Justo, J. (2008). As perturbações da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 24, 49-82.
- Bergès, J. e Bounes, M. (1996). *La Relaxation Thérapeutique chez L'Enfant*. Paris: Masson.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 20-26.

- Boscaini, F. (2004). *Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. A Psicomotricidade*, 3, 50-60.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss - volume I*. USA: Perseus Books Group.
- Branco, M. E. (2010). *João dos Santos – Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Branco, M. E. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Brazelton, T. B. (1998). *O Grande Livro da Criança - O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. e Greenspan, S. (2002). *As Necessidades Essenciais das Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. e Sparrow, J. D. (2003). *A criança e a Disciplina, o método Brazelton*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. e Sparrow, J. D. (2006). *Compreender a Agressividade na Criança, o método Brazelton*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, A. (2005). *Observação direta e sistemática do comportamento*. Lisboa: Edições FMH.
- Brofenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caldeira da Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F., Santos, G., Bravo, P. e Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise Psicológica*, XXI(1), 31-39.
- Caldeira da Silva, P. (2014). Primeira Infância. In P. Monteiro, (Ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp.59-80). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Retirado a 20 de janeiro de 2020 de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Código de Conduta Ética da DGS (2015). Direção-Geral da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 5 — 8 de janeiro de 2015, 509-511.
- Coimbra de Matos, A. (1999). Infância não vivida ou inacabada. In Casa da Praia (Eds.). *Pare, Escute e Pense – o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens (Actas do 1.º Encontro do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia)* (pp.247-253). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos.
- Coimbra de Matos, A. (2014). Saúde Mental Infantojuvenil e Sociedade Contemporânea. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.9-14). Lisboa: Lidel.

- Correia, T. (2014). Perturbações do Humor na Infância. In. P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.305-320). Lisboa: Lidel.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de Base Relacional. In. M., J., Vidigal e colaboradores (Eds.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes. Aprender a pensar* (pp. 273-296). Lisboa: Trilhos editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar sobre a criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, L. M. D. (2015). Corpo e psicomotricidade na emergência da vida psíquica. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 39, 57-66.
- Crujo, M. e Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582.
- Cruz, M., M. e Lobo, P., G., S. (2005). A Depressão na Criança – Projeto de Intervenção Terapêutica em Grupo (Breves reflexões). In. M., J., Vidigal e colaboradores (Eds.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes. Aprender a pensar* (pp. 107-130). Lisboa: Trilhos editora
- Decreto-Lei n.º 54/2018. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 129 — 6 de julho de 2018, 2918-2927.
- Decreto-Lei n.º 36/98. Assembleia da República. *Diário da República* — Série I-A n.º 169 de 24 de julho de 1998, 3544 - 3550.
- Despacho n.º 1606/2018. Programa da Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 33 — 15 de fevereiro de 2018 5167.
- Dias, C. M. (2009). “Olhar com Olhos de Ver”. *Revista portuguesa de pedagogia*, 43(1) 175-188.
- Dias, D. (2018). *Psicologia da Aprendizagem – Paradigmas, Motivação e Dificuldades*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Dias, P. e Lima, V. S. (2014). Avaliação Psicológica Clínica de Crianças e Adolescentes: Aspectos Conceptuais, Empíricos e Práticos. In. P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.45-58). Lisboa: Lidel.
- Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Figueira, K. e Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil e Juvenil – Caracterização de uma Consulta de Psicomotricidade Integrada num Serviço de Pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 48, 41-56.
- Fisberg, M., Tosatti, A. M. e Abreu, C. L. (2014). A criança que não come- abordagem pediátrico-comportamental. *Blucher Medical Proceedings*, 1(4), 176-189. Retirado a 24 de janeiro de 2020 de: <http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/2cisep/019.pdf>
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: Estudo de casos da Caracterização à Intervenção*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2010) *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora
- Franco, V. (2009). A adaptação das famílias de crianças com perturbações graves do desenvolvimento - contribuição para um modelo conceptual. *Infad - International Revue of Developmental and Educational Psychology*, XXI (2).
- Guedeney, A. (2004a). A teoria da vinculação: A História e as personagens. In. N. Guedeney e A. Guedeney (Eds.). *Vinculação. Conceitos e aplicações* (pp.25-28). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Guedeney, N. (2004b). Conceitos chave da teoria da vinculação. In. N. Guedeney e A. Guedeney (Eds.). *Vinculação. Conceitos e aplicações* (pp.33-43). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Guedeney, A. (2004c). Perturbações da vinculação na criança pequena. In. N. Guedeney e A. Guedeney (Eds.). *Vinculação. Conceitos e aplicações* (pp.131-140). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Goldschmidt, T., Costa, S. F., Teixeira, S. e Rebordão, C. (2014). Terapia familiar e intervenção sistémica. In. P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.495-512). Lisboa: Lidel.
- Goldschmidt, T., Marques, C. e Xavier, M. (2018). *Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Huttel, J., Kisxiner, K. A., Bonetti, R. A. e Rosa, M. I. P. D. (2013). A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicologia Argumento*, 29(64), 11-22.
- Jorge, M. M. (2014). Pedopsiquiatria e Justiça. In. P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.543-550). Lisboa: Lidel.
- Lakatos, E. e Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Lapierre, A. (2013). A importância do corpo na psicomotricidade relacional. In M. Batista e J. Vieira (Eds), *Textos e contextos em Psicomotricidade Relacional* (pp.15-19). Fortaleza-Ceará: RDS Editora
- Laureano, M. e Pedroso S. (2015). Perturbações do Comportamento. In D. Leal (Ed.). *Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência; Quadros Clínicos: Perspetiva Integradora*. Lisboa: Coisas de ler.
- Le Boulch, J. (1988). *Educação psicomotora: a psicocinética na idade escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lobo Antunes, N. (2018a). Intervenção Farmacológica. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.619-632). Alfragide: Lua de papel.

- Lobo Antunes, N. (2018b). Prefácio. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.15-22). Alfragide: Lua de papel.
- Lobo Antunes, N., Leitão, I., Almeida, C. e Jesus, G. (2018) Perturbação do Espectro do Autismo. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.115-208). Alfragide: Lua de papel.
- Lobo Antunes, N., Rodrigues, A. e Jesus, G. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In. N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *Sentidos* (pp.219-270). Alfragide: Lua de papel.
- Lotfi Azimi, A., Vaziri, S. e Lotfi Kashani, F. (2012). Relationship between maternal parenting style and child's aggressive behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 1276-1281. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.062.
- Luria, A. (1981). *Fundamentos da Neuropsicologia*. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Maciel, M. R., Martins, K. P. H. e Castro, I. P. (2013). Discursos normativos sobre aprendizagem na infância: os diagnósticos em questão. *Revista de Humanidades*, 28(2), 268-283. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/23180714.2013.28.2.268-283>
- Mahler, M. S., Pine, F. e Bergman, A. (2002). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. London: Karnac.
- Maia, J. M. D. e Williams L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.
- Maia, G. (2011). O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no CHLO. *Jornal do Centro*, 60, 4-5.
- Malpique, C. e Pinto de Freitas, P. (2014a). O Valor do Sintoma em Pedopsiquiatria: Orientação Terapêutica. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 25-30). Lisboa: Lidel.
- Malpique, C. e Pinto de Freitas, P. (2014b). Terapias Psicodinâmicas. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 455-461). Lisboa: Lidel.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - Avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 25(5), 569-575. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10674>
- Marques, C. (2014). Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantil e Juvenil. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.551-562). Lisboa: Lidel
- Marques, C. e Cêpeda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a saúde mental.
- Marques, M. e Sanchez, J. (2014). Psicofarmacoterapia. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp.513-528). Lisboa: Lidel

- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação – O Diálogo Tónico Emocional no Nascimento da Vida Psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43.
- Martins, R. e Rosa, R. (2005). Crianças Hiperativas com Défice de Atenção (PHDA). In M., J., Vidigal e colaboradores (Eds.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes. Aprender a pensar* (pp. 179-183). Lisboa: Trilhos editora.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *Psilogos*, 1(2), 69-76.
- Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In N., Guedeney e A. Guedeney. (Eds.). *Vinculação – conceitos e aplicações* (pp.45-53). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde (s.d.). Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Serviços Clínicos [página web]. Retirado a 20 de janeiro de 2019 de: <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/64-psiquiatria-e-saude-mental/117-psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia>.
- Mondin, E. M. C. (2008). Práticas Educativas Parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, 26(54), 233-244.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Moyles, J. R. (2002). *Só brincar? O papel do Brincar na educação infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Naglieri, J. (1988). *Manual of DAP - Draw a Person: A Quantitative Scoring System*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich.
- Nascimento, D. e Lobo Antunes, N. (2018). De Perturbação de Oposição e Desafio para Comportamentos de Oposição e Desafio. In N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *sentidos* (pp.401-429). Alfragide: Lua de papel.
- Neto, C. (2013). Jogo e motricidade no desenvolvimento da criança. In C. Castilho e P. Strecht (Eds.). *João dos Santos, Memórias para o Futuro* (pp. 133-152). Lisboa: Centro Douro João dos Santos.
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2018). Concelho Científico do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana.
- Oriente, I. e Sousa, S. M. G. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11(17), 29-46.

- Pardilhão, C., Marques, M. e Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 592-599.
- Palha, F. e Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto: Encontrar+se.
- Palha, A. e Marques Teixeira, J. (2012). *The emergence of psychiatry in Portugal: From its roots to now*. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 334–340. doi: 10.3109/09540261.2012.695279.
- Pinto de Freitas, P. e Malpique, C. (2014). A Entrevista Clínica em Pedopsiquiatria. In P. Monteiro (Ed.). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Relatório 2017 do Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) e Direção de Serviços de Informação e Análise (DGS). (2016). *Portugal, Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.
- Reynolds, C. e Kamphaus, R. (1992). *Manual of Basc - Behavior Assessment System for children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rios, K. S. A. e Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 799-806.
- Rodrigues, A., Gamito, D. e Nascimento, C. (2001). Ecos e espelhos de mim: A psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8, 49-58.
- Santos, P. V. (2018). Intervenção Familiar nas Perturbações do Desenvolvimento. In N. Lobo Antunes e equipa técnica do PIN (Eds.) *sentidos* (pp.597-610). Alfragide: Lua de papel.
- Santos, T., Grilo, B., Costa, J. e Martins, R. (2019). Ouvindo o corpo: Um grupo de relaxação terapêutica em pedopsiquiatria. In R. Martins e C. Simões (Eds.). *A*

psicomotricidade no século XXI – Respostas Inovadoras para Desafios Emergentes. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

Santos, S. e Morato, P. (2012). A Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo Dez anos depois* (pp. 83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH.

São João, R. M. V., Coelho, T., Ferreira, C. S., Castelo, A. M. e Massano, M. T. (2017). Estigma na Doença Mental: Estudo Observacional e Piloto em Portugal. *Revista da UIIPS*, 5(2), 171-185.

Scharfe, E. (2017). Attachment theory. In T., K. Shackelford e V., A. Weekes-Shackelford (Eds.) *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 1-10). USA: Springer.

Simões, E. (2011). A Ludoterapia Terapia, através do Brincar Educação e Saúde, a importância do Jogar e do Brincar. *Jornal do Centro*, 66, 11.

Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento. Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquibrios Editores.

Soeiro, D. (2014). Avaliação Psicológica de Crianças e Adolescentes na Prática Clínica. In P. Monteiro (Ed). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 31-45). Lisboa: Lidel.

Sotts, D., H., Moyes, F., A. e Henderson, S., E. (1984). *Diagnóstico e Reeducação dos Problemas da Escrita*. Cardiff: Drake Educational.

Strecht, P. (2018). *Hiperatividade e Défice de Atenção*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Torres, R. M. R. e Fernández, P. (2001). *Dislexia, Disortografia e Disgrafia*. Lisboa: Mc Graw Hill.

UNICEF (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Comité Português para a UNICEF. Retirado de https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Valladares, A. C. A. e Carvalho, A. M. P. (2006). A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. *Revista da escola de enfermagem*, 40 (3), 350-355.

Valladares, A. C. A. e Carvalho, A. M. P. (2005). A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica. O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (1), 64-71.

Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Veiga, G. (2017). Jogo de luta e perseguição – um contexto de socialização da agressividade. *Revista Egítania Scientia*, 20, 147-155.

Vieira, J., Batista, M. e Lapierre, A. (2013). *Psicomotricidade Relacional – A teoria de uma prática*. (3ª edição). Fortaleza-Ceará: RDS Editora.

Wallon, H. (1978). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.

Weber, L., N., D., Brandenburg, O., J. e Viezzer, A., P. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF*, 8(1), 71-79.

Webster-Stratton, C. (2011). *Incredible Babies – A Guide and Journal of Your Baby's First Year*. Seattle: Incredible Years.

Winnicott, D., W. (1975). *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

WHO (2013). *World health statistics 2013*. Switzerland: World Health Organization.

WHO (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10.^a edição)*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001). *The World Health Report, Mental Health: New understanding, new hope*. Switzerland: World Health Organization.

Zamignami, D., Kovac, R. e Vermes, J. S. (2007). *Clínica de portas abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*. São Paulo: Paradigma.

Anexos

Anexo 1

Ficha de registo da BPM e exemplo de registo (caso 2 DM). Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 2

Questionários e folhas de registo BASC – escalas: pais, professores e autorrelato

Nota: o preenchimento dos *t score* nas folhas de registo é feito com base em tabelas normativas que constam no manual BASC, não colocado neste trabalho por respeito aos direitos de autor.

Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 3

3.1. Folha de registo e cotação DRHP. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

3.2. Exemplo de preenchimento DRHP. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 4

Folha de registo GOC. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 5

Guia de observação psicomotora, HSFx. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 6

Avaliação inicial GOC estudo de caso. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 7

Avaliação final GOC estudo de caso. Não disponibilizado por questões de proteção de dados e direitos de autor.

Anexo 8

Material de divulgação criado nas reuniões de núcleo de estágio.

8.1. Postais:

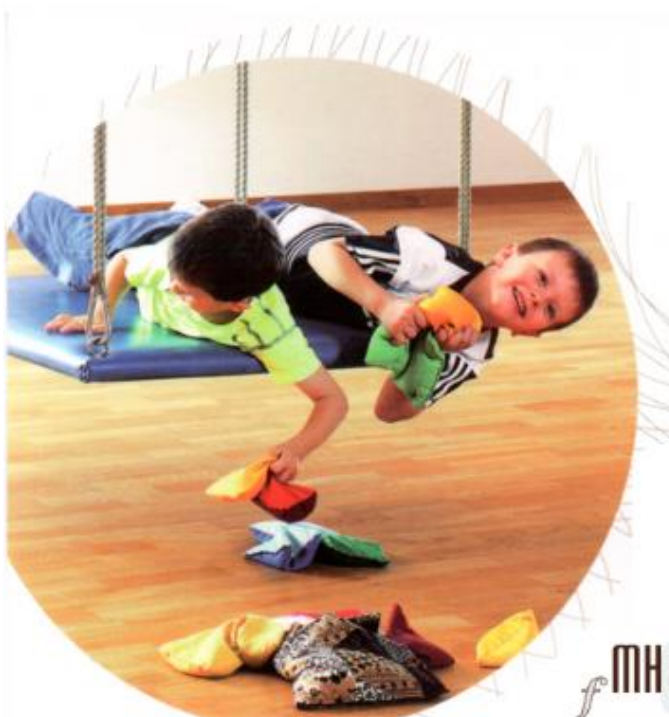




A relação terapêutica em psicomotricidade desenvolve-se a partir de um vínculo e de uma relação de confiança assente na confidencialidade



Adaptado de Associazione dei terapeuti della psicomotricità por Gonçalo Azevedo, Maria Inês Faria, Vera Alves & Rui Martins



Os objetos na terapia psicomotora podem ter um valor funcional ou simbólico e servem de mediação na relação



Adaptado de Associazione dei terapeuti della psicomotricità por Gonçalo Azevedo, Maria Inês Faria, Vera Alves & Rui Martins



A terapia
psicomotora propõe
uma abordagem
centrada na
resolução de
problemas, na
exploração e
criatividade



Adaptado de Associazione dei terapeuti della
psicomotricità por Gonçalo Azevedo, Maria Inês
Faria, Vera Alves & Rui Martins

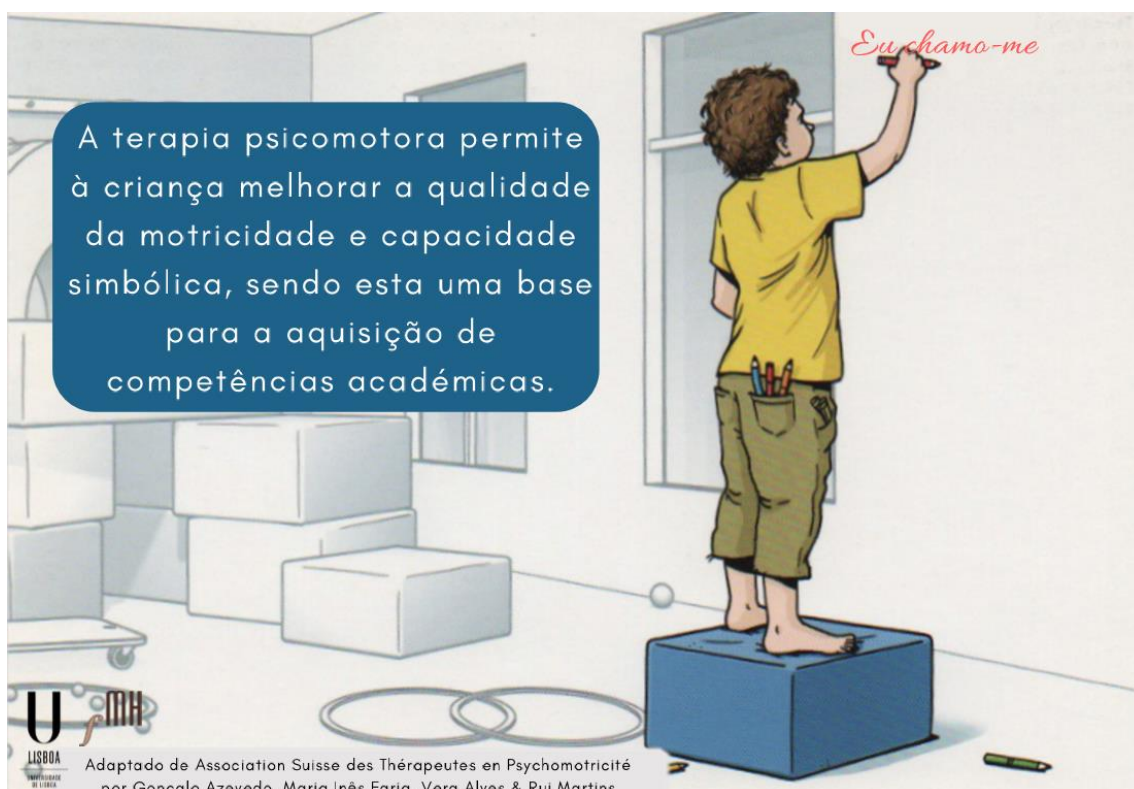


Através da
intervenção
psicomotora em
grupo, promove-se o
desenvolvimento de
competências que
favorecem a
sociabilização

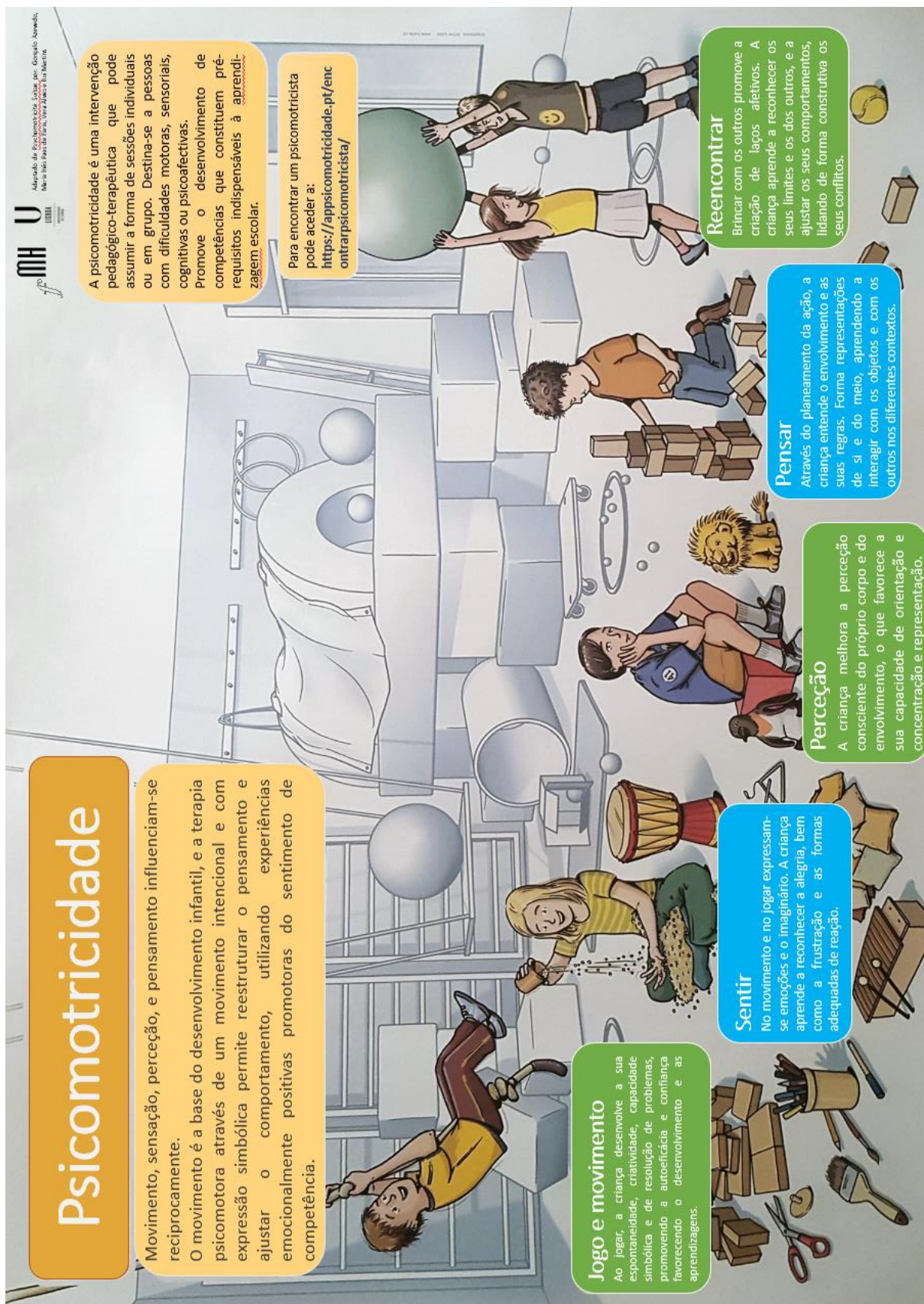


Adaptado de Associazione dei terapeuti della
psicomotricità por Gonçalo Azevedo, Maria Inês
Faria, Vera Alves & Rui Martins





8.2. Poster



Psicomotricidade

Movimento, sensação, percepção, e pensamento influenciam-se reciprocamente.

O movimento é a base do desenvolvimento infantil, e a terapia psicomotora através de um movimento intencional e com expressão simbólica permite reestruturar o pensamento e ajustar o comportamento, utilizando experiências emocionalmente positivas promotoras do sentimento de competência.

Logo e movimento
Ao jogar, a criança desenvolve a sua espontaneidade, criatividade, capacidade simbólica e de resolução de problemas, promovendo a autoeficácia e confiança favorecendo o desenvolvimento e as aprendizagens.

Sentir
No movimento e no jogar expressam-se emoções e o imaginário. A criança aprende a reconhecer a alegria, bem como a frustração e as formas adequadas de reação.

Percepção
A criança melhora a percepção consciente do próprio corpo e do envolvimento, o que favorece a sua capacidade de orientação e concentração e representação.

Pensar
Através do planeamento da ação, a criança entende o envolvimento e as suas regras. Forma representações de si e do meio, aprendendo a interagir com os objetos e com os outros nos diferentes contextos.

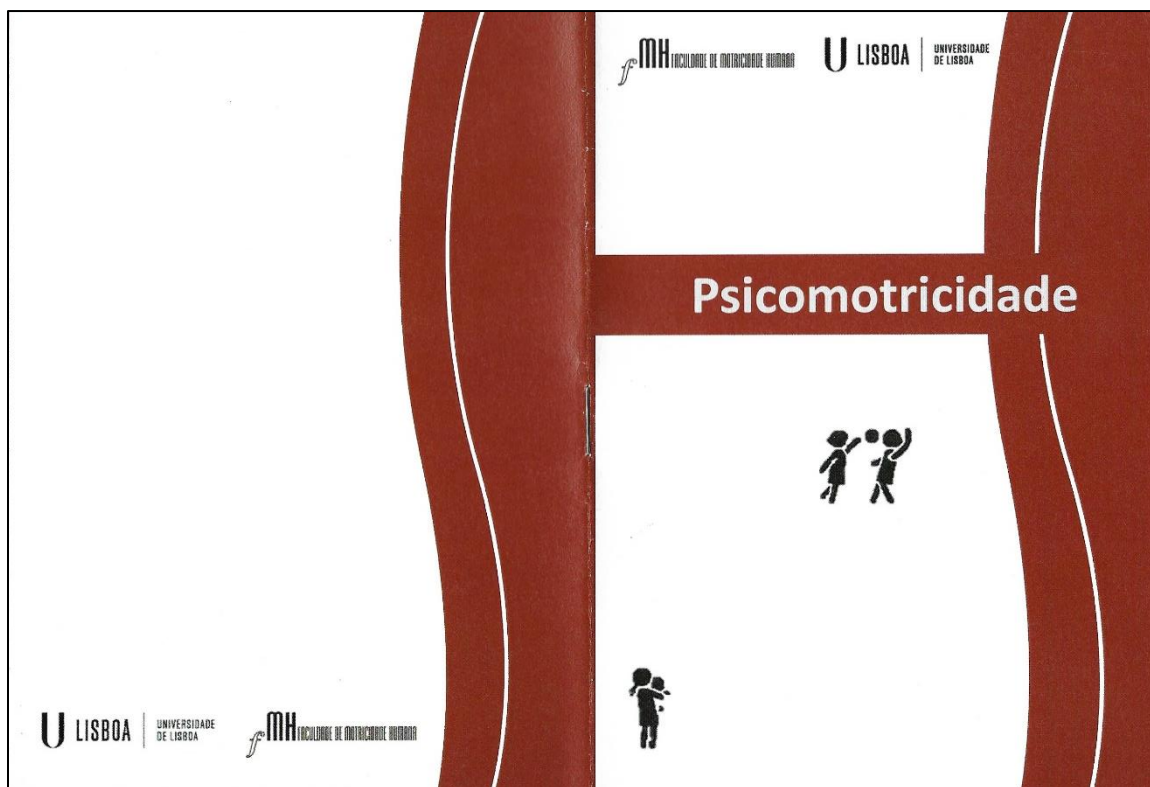
Reencontrar
Brincar com os outros promove a criação de laços afetivos. A criança aprende a reconhecer os seus limites e os dos outros, e a ajustar os seus comportamentos, lidando de forma construtiva os seus conflitos.

A psicomotricidade é uma intervenção pedagógico-terapêutica que pode assumir a forma de sessões individuais ou em grupo. Destina-se a pessoas com dificuldades motoras, sensoriais, cognitivas ou psicoafectivas. Promove o desenvolvimento de competências que constituem pré-requisitos indispensáveis à aprendizagem escolar.

Para encontrar um psicomotricista pode aceder a:
<https://appsicomotricidade.pt/enc-ontrarpsicomotricista/>

MAU
Associação de Psicomotricidade, criada por Gonçalo Almeida, Maria Inês Paes de Faria, Vera Almeida e Rita Almeida

8.3. Brochura informativa



O que é a Psicomotricidade?

A Psicomotricidade é a área que estuda o ser humano através do seu corpo em movimento, na relação entre a motricidade e as funções psíquicas, encarando de forma integrada as áreas comportamentais, motoras, cognitivas, social e emocional. A intervenção psicomotora atua por mediação corporal em situações onde a consciência corporal e a expressão motora estão perturbadas em função da existência de problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, aprendizagem e de âmbito psicoafectivo.

A intervenção psicomotora pode ser de âmbito preventivo, reeducativo ou terapêutico.



Como se intervém em terapia psicomotora?

- O psicomotricista intervém através de técnicas de consciencialização corporal, relaxação e atividades lúdicas e expressivas (jogo livre e simbólico e/ou estruturado).
- Uma sessão de psicomotricidade dura aproximadamente 50 minutos e contém 3 grandes períodos: momento inicial de diálogo, desenvolvimento das atividades e troca de impressões sobre as experiências vividas na sessão.

A sessões podem ser individuais, ou em grupo, consoante a maturidade e a problemática dos elementos envolvidos

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

O trabalho do psicomotricista engloba a observação do comportamento e da expressão corporal (consciente e inconsciente) do indivíduo, a mediação da interação num contacto que privilegia a expressão e o movimento para a reeducação/reabilitação de competências sociais, cognitivas, emocionais, comportamentais, escolares (escrita, leitura e cálculo) e da motricidade.

Quais as competências relacionais do psicomotricista:

- Empatia
- Flexibilidade no ajustamento à diversidade comportamental
- Respeito pelos interesses e manifestações espontâneas dos intervenientes
- Dar significado representativo e simbólico à ação, promovendo a verbalização
- Coerência, constância e contenção

Onde trabalha o psicomotricista?

- Hospitais
- Clínicas
- Instituições de Ensino
- Instituições Particulares de Solidariedade Social
- Domicílio

Quem pode beneficiar da psicomotricidade?

Pessoas de qualquer faixa etária com ou em risco de:

- Dificuldades de integração social
- Dificuldades nas aprendizagens (académicas e da vida diária)
- Problemas de saúde mental
- Comprometimento da funcionalidade e autonomia
- Dificuldades motoras e/ou sensoriais



Como se desenrola o processo terapêutico?

Na primeira consulta recolhem-se elementos importantes para compreender a história pessoal, familiar e clínica do indivíduo.

Segue-se um período de observação direta e avaliação clínica, no qual o psicomotricista procura compreender o funcionamento motor, sensorial, emocional, cognitivo e social do indivíduo.

Por fim, mediante os resultados e conclusões da observação e avaliação, o psicomotricista elabora um projeto terapêutico com objetivos, atividades e estratégias ajustados à especificidade do perfil do indivíduo.



Como é feito o encaminhamento para a terapia psicomotora?

O indivíduo pode ser encaminhado para a terapia psicomotora pelo médico (pediatra, pedopsiquiatra, psiquiatra, neurologista), pelo professor ou educador, psicólogo ou outro terapeuta.

O próprio indivíduo/família poderá procurar um psicomotricista

Como aceder aos serviços de um psicomotricista?

Para além dos serviços que possam ser prestados em instituições públicas ou privadas de referência, pode também obter apoio particular, consultando o site da Associação Portuguesa de Psicomotricidade na área "Encontrar Psicomotricista":

<https://appsicomotricidade.pt/encontrarpsicomotricista/>

Intervenção Psicomotora no SPSMIA do Hospital S. Francisco Xavier

Maria Inês M. A. Paes de Faria

Criado por:

Gonçalo Azevedo, Maria Inês Paes de Faria, Vera Alves
e Rui Martins

Impressão Gráfica:

SerieCut



Fotografias:

Psychomotricité Suisse

Lorenz Walter Photography, Wetzikon



Anexo 9

Apresentação II Jornadas Científicas da Psicomotricidade “É possível voar de um ninho desfeito? – mediação comportamental em intervenção psicomotora nos padrões de vinculação insegura”

U LISBOA

II Jornadas Científicas de Psicomotricidade
12 e 13 de abril de 2019

FMH

É possível voar de um ninho desfeito?
Mediação comportamental em intervenção psicomotora nos padrões de vinculação insegura

Gonçalo Azevedo¹
¹ Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiário no Hospital de Vila Franca de Xira.

Maria Inês Paes de Faria²
² Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiária no Hospital São Francisco Xavier

Vera Alves³
³ Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiária no Hospital Dona Estefânia.

Rui Martins⁴
⁴ Professor Associado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa

Índice

A teoria da vinculação e os processos de separação/individuação do ponto vista psicomotor

Os padrões de vinculação – características das crianças e das figuras cuidadoras

A mediação terapêutica do psicomotricista nos padrões de vinculação insegura

- **A teoria da vinculação e os processos de separação/individuação do ponto vista psicomotor**

O Conceito de Vinculação

Pré-disposição biológica para o desenvolvimento de uma relação significativa com as figuras cuidadoras e para uma procura da sua proximidade em situações de stress, medo, cansaço; para além da sobrevivência, favorece o desenvolvimento emocional.



(Bowlby, 1982; Scharfe, 2017; Soares, 2007)

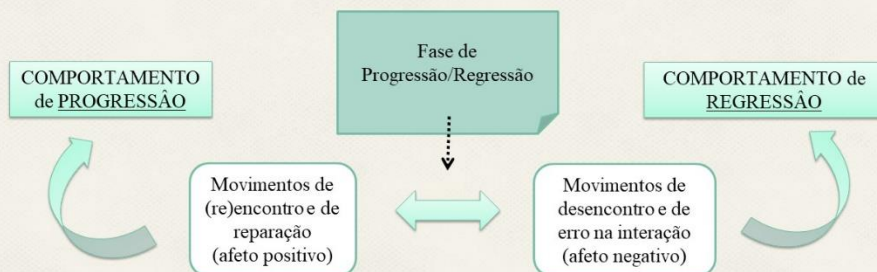
Da fusionalidade à autonomia O papel da motricidade na relação progressiva da estruturação psíquica

- Nos primeiros meses, a criança vive uma relação de dependência da figura cuidadora - alimentação, proteção, contenção e apoio/suporte – simbiose psicológica.
- Com o desenvolvimento da motricidade, a criança inicia um processo de difusão da figura com comportamentos de exploração. Esta vivência pode ser gratificante pelo prazer de descobrir os contornos/limites do seu corpo, mas pode ser também angustiante sem suporte e contenção adequados.
- A construção da individualidade, rumo à autonomia, depende das dinâmicas e mediadores de comunicação, dos processos de simbolização e da internalização do objeto.

A partir da relação de vinculação, a criança desenvolve o seu espaço vital (espaço de ação regressão/progressão) que pode ser mais ou menos amplo, criando o seu espaço de ação exploratória.

(Soares, 2007; Vecchiato, 2003; Winnicott, 1975)

Processo de separação/individuação



(Caldeira da Silva, 2014; Vecchiato, 2003)

Modelos operantes internos

- A partir das representações e vivências das relações primárias estabelecidas, a criança organiza a informação do ambiente e constrói os seus **modelos operantes internos**

Modelos comportamentais de referência:

- tendem a ser estáveis, uma vez formados;
- a criança adota nas suas interações os padrões comportamentais que estabeleceu a partir da sensibilidade das respostas dos cuidadores às suas necessidades.

Enquadramento cognitivo para representações mentais de si próprio, dos outros e do mundo

Necessidade de desconstrução e recriação desses modelos em ambiente terapêutico (em casos patológicos – padrões inseguros).

(Bowlby, 1982; Caldeira da Silva, 2014; Morris et al., 2007; Vidigal, 2005)

- **Os padrões de vinculação**
Características das crianças e das figuras cuidadoras



Os Padrões de Vinculação



Caracterização em relação à figura de vinculação e ao comportamento de exploração

| | Seguro | Evitante | Ambivalente | Desorganizado |
|--|--|---|---|---|
| Explorar na presença da figura de vinculação | Exploração autónoma do espaço – com contacto/interação à distância | Exploração autónoma do espaço – sem contacto | Pouca exploração do espaço | Inibição de exploração; Comportamentos desorganizados – sem objetivos claros |
| Interação com figura vinculação | Procura e permite contacto com a figura de vinculação | Evita e rejeita contacto com a figura de vinculação | Procura a figura de vinculação mas rejeita contacto | Movimentos contraditórios e confusos (e.g. pedir colo e chorar ou desviar a cabeça) |
| Ausência vs Reencontro | Ansiedade de separação e reconforto pelo regresso | Indiferença perante a figura de vinculação (na presença e ausência) | Ansiedade de separação sem reconforto pelo regresso | Sem estratégias para reagir à figura de vinculação (perigo vs segurança) |

(Bretherton, 1985; Ainsworth *et al.*, 1978; cit in Soares, 2007; Pinto, Valadares e Scivoletto, 2015)



Caracterização da figura de vinculação

| | Seguro | Evitante | Ambivalente | Desorganizada |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| Características Figura de vinculação | <ul style="list-style-type: none"> • Responsiva • Afetuosa • Satisfaz as necessidades da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Pouco presente/responsiva • Não satisfaz as necessidades da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Presente vs Ausente • Nem sempre satisfaz as necessidades da criança | <ul style="list-style-type: none"> • Negligente • Abusiva – maus tratos |
| Constitui para a criança | <ul style="list-style-type: none"> • Figura de referência • Base segura | <ul style="list-style-type: none"> • Indiferença perante a figura de vinculação | <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalência entre procura e evitamento | <ul style="list-style-type: none"> • Expetativa de proteção frustrada pela ameaça |

(Ainsworth *et al.*, 1978; cit in Soares, 2007; Benavente e Justo, 2008; Pinto, Valadares e Scivoletto, 2015)

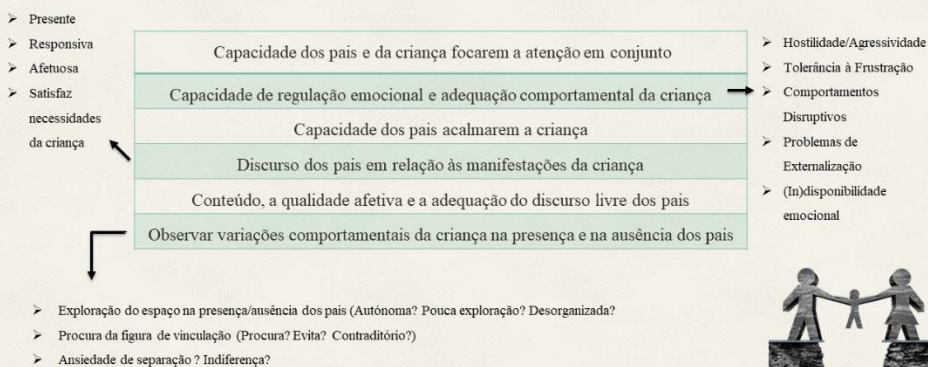
Consequências de vinculações inseguras para a criança

| | Vinculação Segura | Vinculação Insegura |
|---|--|--|
| Regulação Emocional e Aspectos comportamentais | Capacidade de autorregulação | Hostilidade/agressividade Problemas de externalização Comportamentos dissociativos Baixa tolerância à frustração |
| Exploração do espaço | Exploração autónoma e segura | Exploração insegura – desinibição (tendência para se colocarem em perigo) vs inibição |
| Competências Sociais | Capacidade de resolução de conflitos; Empatia; Capacidade de expressão emocional | Dificuldade em tolerar a proximidade Dificuldades em interpretar sinais sociais Dificuldades na linguagem expressiva |
| Cognição e Linguagem | Boas competências cognitivas – bom desempenho escolar Boa compreensão da linguagem | Dificuldade em manter a atenção Dificuldade na compreensão da linguagem |

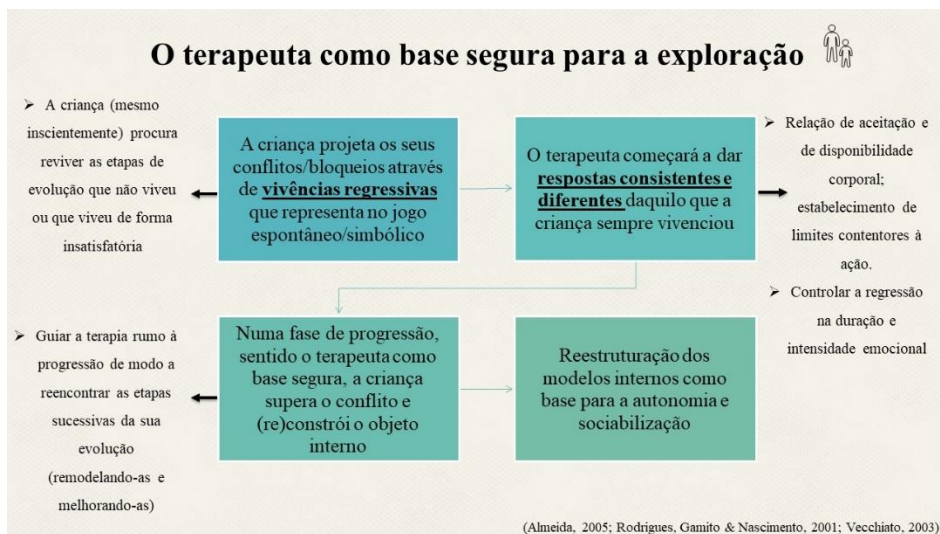
(Thompson, 1999; cit in Soares, 2007; Sroufe, 2005; cit in Soares, 2007; Steele, 2005; cit in Soares, 2007; Belsky, 2005; cit in Soares, 2007; Benavente e Justo, 2008)


• A mediação terapêutica do psicomotricista nos padrões de vinculação insegura

Que sinais ajudam o psicomotricista a compreender a dinâmica de vinculação da criança?



(Caldeira da Silva, 2014)





Intervenção com os cuidadores: uma visão sistémica

| Educação Parental | Integração parental no ambiente da sessão |
|---|---|
| <p>Proporcionar experiências mais positivas entre cuidadores e crianças</p> | O terapeuta ajuda a interpretar as interações da criança e dá estratégias para lidar com a mesma, dá “voz” à intenção da criança. |
| | Procurar que os cuidadores sigam as intenções e interesses da criança, para que entenda melhor as dinâmicas de comunicação, envolvendo-se numa relação afetiva. |
| | Envolver atividades de contacto corporal - a massagem, o toque, o cuidar. |
| Aumenta a sensibilidade, a capacidade parental e a segurança da criança | |

(Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003; Becker-Weidman & Hughes, 2008; Van IJzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995; Vidigal, 2015)

-
- **Através do jogo espontâneo, a criança conta-nos a sua história, mostra-nos o seu ninho... e procura-nos para o reparar e para voltar a voar dele.**

Os autores

Obrigado pela vossa atenção!

Gonçalo Azevedo¹

¹ Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiário no Hospital de Vila Franca de Xira.

Maria Inês Paes de Faria²

² Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiária no Hospital Francisco Xavier

Vera Alves³

³ Mestrado em Reabilitação Psicomotora, FMH-UL - Estagiária no Hospital Dona Estefânia.

Rui Martins⁴

⁴ Professor Associado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa



Referências

- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*: 6, pp. 56-64
- Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195-215. DOI: 10.1037/0033-2909.129.2.195
- Becker-Weidman, A. & Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family Social Work*, 13, 329–337. doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00557.x
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss - volume I (2nd Edition)*. USA: Perseus Books Group
- Benavente, R. & Justo, J. (2008). As perturbações da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (24), pp. 49-82.
- Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 3 – 35. doi: 10.2307/3333824.
- Caldeira da Silva, P. (2014). Primeira infância. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 59-80). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Referências

- Carreira, A. & Correia, A. (2011). Unidade de cuidados a tempo parcial para crianças com problemas do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 31, 7-15.
- Dozier, M., Cue, K. L. & Barnett, L. (1994). Clinicians as Caregivers: Role of Attachment Organization in Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4), 793-800.
- McLeod,
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S.S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16 (2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Pinto, I., Valadares, N. e Scivoletto, S. (2015). *Manual de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Avaliação, compreensão e Intervenção*. Lisboa Coisas de ler.
- Rodrigues, A., Gamito, D. & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim – a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Scharfe, E. (2017). Attachment theory. In Shackelford, T. K. & Weekes-Shackelford, V. A.(eds.) *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 1-10). USA: Springer.

Referências

- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilibrios Editores.
- Van IJzendoorn, M. Juffer, F. & Duyvesteyn, G. C. (1995). Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment: A Review of the Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (2), 225-248. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01822.x>
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora da Fundação Universidade de Brasília.
- Vidigal, M. J. (2005). Grupo de Crianças e Adolescentes com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção. In M. J. Vidigal (Eds). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes, aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos.
- Vidigal, M. J. (2015). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes - Aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda

Anexo 10

Poster apresentado no WPA 2019 World Congress of Psychiatry

Psychomotor Intervention on Attachment Disorders



Gonçalo Azevedo¹, Maria Paes de Faria¹, Vera Alves¹ & Rui Martins²

¹ Graduate in Psychomotor Rehabilitation by Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon - Portugal
² Associate professor, Faculty of Human Kinetics – University of Lisbon - Portugal

Attachment theory and the separation/individualization processes in a psychomotor point of view

Regarding the attachment theory there is an innate pre-disposition in the baby to create and maintain significant relationships with the caregiver figure [3]. During the first years, an emotional dynamic between baby and caregiver is developed, bottomed in the principles of continuousness, responsiveness and reciprocity, allowing the child to build a support affective base to the exploratory behaviour [3, 8, 9]. This exploratory behaviour is the base of the development once it gives the child the possibility of integrate the environment information by representing experiences, relationships and emotions to build Internal Working Models [4, 8, 9, 10, 11].

Fig 1. Characterising attachment patterns regarding the caregiver figure [2, 6, 9]

| Exploratory Behaviour | | Caregiver's characteristics | Mental representation of the relationship with the caregiver |
|-------------------------|--|---|--|
| Secure attachment | Autonomous exploration – seeking contact | <ul style="list-style-type: none"> Responsive Afectuous Satisfy child's base needs | <ul style="list-style-type: none"> Significant figure Security base |
| Avoidant attachment | Autonomous exploration without contact | <ul style="list-style-type: none"> Non responsive Doesn't satisfy child's basic needs | <ul style="list-style-type: none"> Insignificant figure |
| Ambivalent attachment | Non exploration – seeking contact and proximity | <ul style="list-style-type: none"> Inconstant responsiveness Not always satisfy child's basic needs | <ul style="list-style-type: none"> Inconsistent: seeking behaviours and constant anxiety |
| Disorganized attachment | Exploration without clear objectives and / or inhibition | <ul style="list-style-type: none"> Negligent vs Abuser | <ul style="list-style-type: none"> Expectation of protection, frustrated by mistreatments |

The therapeutic mediation of psychomotor therapy in insecure attachment patterns

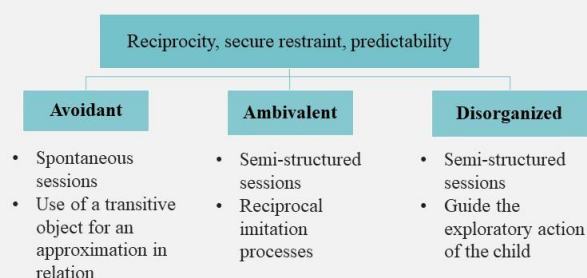


Fig.2 – strategies for therapeutic mediation

- The child projects his conflicts/impasse eventually through **regressive experiences** in spontaneous /symbolic play [10].
- The therapist will give **consistent and different responses** from the ones that caused the disorder in the child [1, 7, 10].
- In a phase of **progression**, feeling the therapist as a safe base, the child overcomes his conflict and (re)builds internal working models, evolving from functional to symbolic in a secure process of distance management and individuation [4, 9, 10].

Final Considerations

- It is important for the psychomotor therapist to elaborate the therapeutic project and some strategies of mediation according to the identified patterns of attachment.
- Intervention should promote parental skills and if possible and desirable to include caregivers in the dynamics of the session.

References

